



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

“Seguridad, una alternativa ante la ansiedad infantil en el preescolar”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Mayra Delgado Bautista

Directora: Mtra. Araceli Silverio Cortés

Dictaminadores: Mtra. Margarita Martínez Rivera

Mtra. María Guadalupe Ofelia Aguilera Castro



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS ASESORES:

ARACELI SILVERIO CORTÉS

Por tu tiempo y confianza en el proyecto, por orientarme y compartir tus conocimientos.

MARGARITA MARTÍNEZ RIVERA

Por su apoyo, sugerencias y paciencia en este proyecto

MARÍA GUADALUPE OFELIA AGUILERA CASTRO

Gracias por su apoyo, tiempo y paciencia.

A LA UNAM:

Que me dio la oportunidad, otorgándome un espacio para formarme como profesionista y crecer como persona.

A DIOS:

Por darme la oportunidad de la existencia y permitirme vivir con la familia que me tocó, por otorgarme el gusto por el conocimiento.

A MIS PAPÁS:

Gracias por darme la vida y llamarme Mayra, por guiar mi camino y apoyarme en el logro de mis metas, les pido que me perdonen las ofensas que les he hecho. LOS QUIERO TANTO

A MI AMOR JONATHAN:

Gracias por estar conmigo en los momentos difíciles que me perturban, adorándome y consintiéndome. Perdóname por descuidarte algunas veces, solo quiero lo

mejor para nuestra pequeña familia, espero envejecer contigo, y ojalá que la memoria me acompañe para recordar cuánto me amas. Te amo, jamás lo dudes.

A MIS HIJAS:

Hermoso regalo de dios, KATTY y AMY, las adoro, han sido y serán mi motivo para seguir superándome. Gracias por regalarme sus sonrisas y alegría, porque a su lado he aprendiendo cosas nuevas y en sus momentos de diversión me han involucrado como su compañera de juego, espero que la vida me alcance para crecer con ustedes. LAS AMO, MIS MUÑEQUITAS.

A MIS HERMANAS:

SANDRA, YADIRA Y GÜERA, por ser mis hermanas, mis amigas y confidentes, por todos los momentos de felicidad, manteniendo encendida la chispa de las ocurrencias, por sus consejos en los momentos difíciles, que nos han permitido una mayor fortaleza como familia.

A MIS SUEGROS:

Por el todo el apoyo que me han brindado en los diferentes momentos de mi vida.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	
1.1. Origen y desarrollo	10
1.2. Precursores	11
1.3. Modelo Cognitivo conductual	15
1.4. La terapia Cognitivo Conductual en niños	23
CAPITULO 2. DESARROLLO INFANTIL	
2.1. Los niños de 4 a 6 años	26
2.1.1. Desarrollo físico y motor del preescolar	28
2.1.2. Desarrollo cognoscitivo del preescolar	29
2.1.3. Desarrollo psicológico y social del preescolar	31
2.2. Identificación	34
2.3. Personalidad	36
2.4. Emociones	37
2.5. Los niños de 4 a 6 años	39
CAPITULO 3. ANSIEDAD	
3.1. De lo normal a lo patológico	45
3.2. Ansiedad infantil y clasificación	47
3.3. Diagnóstico	60
3.4. Evaluación	61
3.5. Tratamiento	64
CAPITULO 4. SEGURIDAD	
4.1. ¿Qué se entiende por autoestima?	69
4.1.2. La autoestima en el preescolar	73
4.1.3. La autoestima y la educación en la familia y en la escuela	74
4.2. Apego infantil	76

4.3. Optimismo	79
PROPUESTA: “LA SEGURIDAD, ANTE LA ANSIEDAD INFANTIL EN EL PREESCOLAR” (dirigido a padres)	82
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXOS	95

RESUMEN

En este trabajo, se realizó una revisión teórica a cerca de la ansiedad que padecen algunos infantes al atravesar por la etapa preescolar, con la finalidad de concientizar a los padres sobre la importancia del proceso del sentimiento de seguridad en relación con un óptimo desarrollo en la esfera biopsicosocial.

Reflexionando que, en edad preescolar el niño no distingue entre la realidad y la fantasía y sus temores son canalizados a través de síntomas físicos, se considera necesario proporcionarle mecanismos de expresión de sentimientos, que le permitan nombrar y demostrar sus emociones, fortaleciendo de esta manera su sentido de seguridad.

Se propone que mediante las estrategias y técnicas del Modelo Cognitivo Conductual, el infante aprenda a autorregularse y pueda resolver una situación por sí sólo, con sus propios medios, superando momentos de ansiedad.

Por lo que se plantea la realización de un taller, para reforzar la seguridad en la personalidad del niño, la cual consta de 5 sesiones de 80 a 100 minutos respectivamente, el cual está dirigido a padres con el objeto de concientizarlos sobre la importancia de algunos de los procesos que acontecen durante la infancia y que a través de un actitud asertiva los niños aprenderán a controlar situaciones difíciles de la vida cotidiana.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realizó la revisión teórica de la Terapia Cognitivo Conductual, retomando algunos autores (Labrador, Caballo, Vallejo, entre otros), quienes destacan los principios fundamentales del modelo Cognitivo Conductual y de esta manera destacar la importancia que toma en la aplicación en niños.

En la actualidad la Terapia Cognitivo Conductual en niños, se ha enriquecido con diversos métodos y técnicas retomados y adaptados de la TCC en adultos, las cuales se incluyen en el tratamiento psicológico y tienen la finalidad de ayudar al niño a anticipar y prepararse para enfrentar futuras situaciones problemáticas.

Durante la educación preescolar, el niño vive experiencias que contribuyen a los procesos de aprendizaje y desarrollo físico y motor, cognoscitivo, psicológico y social, permitiéndole regular sus emociones, trabajar en colaboración, resolver conflictos, respetar reglas de convivencia y a actuar con autonomía, fortaleciendo su personalidad e identidad.

Pero también en edad preescolar el niño puede experimentar temores, preocupaciones o emociones, como la ansiedad, que no sabe cómo expresar, pues ignora el significado de la misma. Si bien, la ansiedad se trata de un mecanismo de protección ante los peligros a los que se enfrenta el infante, puede llegar a generalizarse y considerarse un estado persistente de ansiedad, que se sale de control.

Así, el propósito principal de la presente tesina, es que a través del fortalecimiento de la seguridad constituida en la autoestima del niño, se puedan mejorar las formas de cómo el niño se enfrenta a situaciones difíciles que le generen ansiedad.

Por lo que el texto se organizó en cuatro capítulos: en el primero se presenta la conceptualización y desarrollo del Modelo Cognitivo Conductual y su aplicación en niños. En el segundo capítulo se detalla el desarrollo infantil a partir de sus características físicas y motoras, cognoscitivas, psicológicas y sociales, retomando procesos como identificación, personalidad y emociones. En el tercero se expone el significado de la ansiedad, su proceso de desarrollo psicológico (normal y patológico), la clasificación de la ansiedad infantil, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la misma. El cuarto capítulo se hace hincapié en la

seguridad, que se constituye con la autoestima del niño, relacionándola con la educación familiar y escolar, retomando aspectos importantes como el apego infantil y el optimismo.

Finalmente se presenta la propuesta de un taller dirigido a padres en interacción con sus hijos, el cual tiene la finalidad de concientizar a los adultos acerca de la importancia que tiene el desarrollo infantil y que en este proceso, los niños, pueden experimentar ansiedad, por eso es necesario fortalecer su mecanismo de seguridad, facilitando que el infante pueda generar estrategias para enfrentar por sí mismo, situaciones difíciles.

1. MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Para Labrador (1986 y 1990; en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998) la modificación de conducta es aquella orientación teórica y metodológica dirigida a la intervención. Sustentando que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que se emplean en la explicación de conductas específicas, utilizando procedimientos y técnicas que someten a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas.

A groso modo la terapia de conducta constituye el acercamiento más importante dentro de la psicología clínica y se considera desde la perspectiva de la psicología científica, ya que puede establecerse una identificación entre ambas (Vallejo, 1998).

El término cognitivo-conductual ha sustituido de una forma generalizada al conductual, pues se considera más completo hablar de cognición y conducta que exclusivamente de conducta. Recordemos que el término terapia de conducta fue utilizado al comienzo de la década de los 50's para referirse a un cierto tipo de psicoterapia, dirigida a la eliminación de hábitos inadaptativos aprendidos (Wolpe, 1997; en Vallejo, 1998). La terapia de conducta recoge, básicamente la aportación del conductismo en su interés central por la conducta, junto con la determinación de su causalidad: función de su medio ambiente. Incluye las aportaciones de la psicología del aprendizaje, junto con el interés metodológico por la contrastación experimental de sus asertos, como rechazo de la psicoterapia dominante a los años 50's: la terapia psicoanalítica.

Linn y Garske (1988), sostienen que los terapeutas cognitivo- conductuales resaltan la interdependencia de los múltiples procesos que se involucran en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como en las consecuencias ambientales, el terapeuta cognitivo- conductual ve a estos factores externos únicamente como componentes del proceso. Los terapeutas de este enfoque pretenden integrar los puntos de interés de ambas escuelas con la finalidad de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta.

Caro (2003; en Balbuena, 2005) declara que la etiqueta cognitivo- conductual puede reflejar dos concepciones diferentes de intervención clínica, por un lado la integración de lo

cognitivo con lo conductual, mejorando la terapia de conducta vía lo cognitivo y por otro lado un eclecticismo técnico, al usar técnicas insertas dentro del modelo cognitivo. El término cognitivo- conductual alude a la existencia de un conjunto de técnicas conductuales que centran su intervención en el cambio cognitivo-verbal.

1.1. Origen y desarrollo

La terapia de la conducta surge a partir de la Segunda Guerra Mundial, por la necesidad de desarrollar nuevos enfoques terapéuticos más eficaces, basados en conceptos y métodos objetivos que permitieran una evaluación empírica de los efectos contrastables. Así la modificación de la conducta emerge como una alternativa innovadora válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido capaz de explicar los trastornos del comportamiento y presentar soluciones eficaces para ellos.

En un principio se juzgó la eficacia de la terapia, la cual era considerada como un enfoque superficial y mecanicista al tratamiento. Muchos consideraban que la terapia de la conducta no era más que una moda y anunciaron que no tardaría en unirse a otros movimientos precarios en el olvido (Ross, 1987). Así que con respecto al análisis y modificación del comportamiento, se hizo hincapié sobre los denominados procesos mediadores cognitivos y su influencia sobre el comportamiento de un individuo. Dichos procesos determinan a qué acontecimientos o estímulos externos específicos atiende un organismo, cuáles de ellos son recibidos o interpretados y cuales afectan a la acción futura de ese individuo (Vallejo, 1990). Desde entonces es respetable para un terapeuta, considerar los problemas cognoscitivos del cliente y tratar de influir en ellos, mientras se habla de autocontrol, autoinstrucción y autoreforzamiento (Ross, 1987).

En el ámbito de la psicología clínica, se desarrollaba una marcada insatisfacción con los resultados de los tratamientos tradicionales en vigor. El psicólogo clínico Hans Eysenck cuestionó la efectividad de la psicoterapia tradicional, en un artículo, en el cual invitó a los psicólogos clínicos a desarrollar nuevas formas de tratamiento y dado que los nuevos tratamientos se basaban firmemente en los principios conductuales, pues las psicoterapias en el tratamiento de la neurosis no era superior a la recuperación espontánea, se hace necesario

el desarrollo de nuevos procedimientos y formas de intervención, así en 1959 Eysenck resaltó el término *terapia conductual* (Compas y Gotlib, 2003)

Mahoney (1984; en Compas y Gotlib, 2003) afirmó que, a finales de la década de 1970 tanto la terapia conductual como en general la psicología, se había vuelto cognitiva. Así que los primeros esfuerzos por incluir un énfasis cognitivo explícito a las terapias conductuales intentaron incorporar factores cognitivos en los tratamientos conductuales existentes.

1.2. Precursores

Al comienzo del siglo XX, el objetivo de la psicología era aprender más sobre lo que sucede en la mente por medio del análisis de los elementos que forman su contenido. Así que el psicólogo Wilhelm Wundt, crea en Alemania el primer laboratorio oficial de psicología, que constituyó la fundación de la psicología científica actual (Pierce y Epling, 1995; en Caballo, Aparicio, Catena, 1995).

Aparecen las primeras formulaciones de John B. Watson, en 1913 sobre el conductismo, el cual, revolucionó la psicología afirmando que: la psicología desde el punto de vista conductista, es una rama experimental puramente objetiva de la ciencia natural y que la introspección no formaba parte esencial de sus métodos. Por lo que Watson utilizó la investigación animal, entonces el centro de interés de la psicología se orientó hacia el aprendizaje y cuando se estableció éste como objetivo principal de la psicología, muchos investigadores ubicaron sus estudios en dos procedimientos: *el condicionamiento clásico* y *el condicionamiento instrumental* (Pierce y Epling, 1995; en Caballo, Aparicio, Catena, 1995). El objetivo de la psicología entonces es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

El desarrollo histórico de la modificación de conducta se remonta a las leyes del condicionamiento clásico y la formulación de la ley del efecto, lo que constituye el marco de referencia histórico sobre el que posteriormente se desarrollará. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998). El condicionamiento clásico (o respondiente) acontece cuando un organismo responde a un nuevo evento sobre la base de una historia de asociación con un estímulo biológicamente

importante. El fisiólogo ruso Ivan Petrovitch Pavlov, descubrió esta forma de condicionamiento mostrando que los perros salivaban cuando se les ponía comida en la boca, es decir que la relación entre el estímulo de la comida y la salivación se denomina *reflejo* y ocurre debido a la historia biológica del animal, pero cuando Pavlov presentaba otro estímulo como un sonido los perros comenzaban a salivar inmediatamente al escuchar ese sonido, incluso antes de alimentarlos. Por lo que se demostraba que estímulos nuevos (sonido) controlaban la conducta respondiente del perro (salivación) denominando a esta conducta como *respondiente* pues esta es provocada por el nuevo estímulo condicionado.

A lo largo de estos experimentos, Pavlov, se dio cuenta de que la salivación ocurría en respuesta a señales como la vista del plato de comida o la aproximación de una persona que normalmente le traía la comida, es decir, que había estímulos que previamente no conducían a esa respuesta llamados *estímulos neutrales*. Por lo que Pavlov propuso la existencia de dos tipos de reflejos:

- 1) Reflejo fisiológico específico a la especie o *reflejo incondicional*, que es invariable y forma parte del sistema nervioso central.
- 2) Reflejo psíquico o *reflejo condicional* que se forma con la experiencia del organismo en el medio ambiente que lo rodea.

Muchas de las cosas que nos gustan o nos desagradan se basan en el condicionamiento clásico, como cuando nos suceden acontecimientos buenos o malos, tenemos habitualmente una reacción emocional. Estas respuestas emocionales pueden condicionarse a otras personas que están presentes cuando tienen lugar los acontecimientos positivos o negativos. De esta manera el condicionamiento clásico juega un papel significativo en nuestras relaciones sociales. (Pierce y Epling en Caballo, Aparicio, Catena, 1995).

De acuerdo con la historia bibliográfica los primeros estudios sistemáticos del aprendizaje instrumental, se deben principalmente a Edward Thorndike, quien estaba interesado en el efecto que las consecuencias ambientales tienen sobre la conducta, especialmente las conexiones estímulo- respuesta. Thorndike formuló un principio muy importante denominado *la ley del efecto*: que es la conexión entre el estímulo- respuesta que es seguida por consecuencias que satisfacen al organismo y se fortalecerán las respuestas automáticamente y la conexión estímulo- respuesta que es seguida por consecuencias

aversivas o desagradables que las debilita, así la conducta o respuesta sirve como un instrumento para obtener una consecuencia, aumentando o disminuyendo la frecuencia de dicha respuesta. Entonces la conducta o respuesta sirve como un instrumento para obtener una consecuencia, aumentando o disminuyendo la frecuencia de dicha respuesta.

Con el paso del tiempo se amplió la definición de la ley del efecto: considerando que la conducta es influida no solo por efectos consecuentes sino también por señales situacionales que la preceden (Pierce y Epling, 1995; en Caballo, Aparicio, Catena, 1995).

La conducta se definió, entonces, en la manera en que opera y modifica el medio ambiente, así de acuerdo con B. F. Skinner, el condicionamiento operante implica la aplicación de una consecuencia a la conducta que altera la frecuencia con la que la conducta vuelve a ocurrir (Compas y Gotlib, 2003). El modelo de trabajo de Skinner, suponía el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. Sus trabajos sobre condicionamiento operante y desarrollos consecuentes, suponían claras directrices sobre cómo aplicar los principios del aprendizaje para la modificación y mejora del comportamiento humano y la solución de trastornos de conducta. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales, rechazando las explicaciones basadas en constructos inferidos, internalistas y carentes de utilidad (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Skinner comenzó a aplicar la ley del efecto a muchos aspectos diferentes tanto de la conducta animal como la humana y la reformuló como el principio del *reforzamiento* el cual es definido como un acontecimiento (estímulo) ambiental que sigue a una respuesta y aumenta su probabilidad de ocurrencia. Existen dos clases de refuerzos: los *primarios o incondicionados* que son la comida, la bebida, el sexo, dormir, entre otros y los *secundarios o condicionados* como el dinero. Los reforzadores también se pueden clasificar por su *valencia*: en *reforzadores positivos*, su presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia de una conducta o; y los *reforzadores negativos*: la retirada del estímulo aumenta la probabilidad de emisión de una conducta. Y según sea su *contenido* los reforzadores se pueden categorizar en comestibles, tangibles, intercambiables, de actividad y sociales (Pierce y Epling, en Caballo, Aparicio, Catena, 1995).

Así que se llevan a cabo trabajos aplicados siguiendo la línea del conductismo, entre los que destacan Watson y Rayner (1920; en Kendall y Norton, 1988), quienes experimentalmente pusieron de manifiesto, como el miedo se podía adquirir por medio de un proceso de condicionamiento clásico. Realizaron un trabajo innovador desarrollando una neurosis en un niño llamado Albert, a este niño se le dio una rata de laboratorio para que jugara con ella y cada vez que se metía el animal aparecía también un fuerte ruido, después de algunos ensayos, la rata produjo en el niño una respuesta de temor que se generalizó a objetos peludos similares (Trull y Phares, 2003; Compas y Gotlib, 2003).

No obstante, Mary Cover Jones, demostró cómo podían eliminarse tales miedos aprendidos. En un estudio con un niño de tres años llamado Peter, que le temía a los conejos, ratas y animales similares, ella trató al niño acercándole de manera lenta y gradual un conejo en una jaula mientras el niño disfrutaba de su comida favorita. Después de dos meses con este procedimiento de recondicionamiento. Peter dejó de exhibir temor ante el conejo, para Cover Jones fue muy importante conducir el primer estudio que demostraba que el temor de un niño podía reducirse en forma significativa mediante procedimientos de condicionamiento (Trull y Phares, 2003; Compas y Gotlib, 2003).

Por su parte Joseph Wolpe un psiquiatra sudafricano, comenzó a conducir sus experimentos, induciendo neurosis experimentales en gatos, tuvo éxito al usar las respuestas alimentarias de los gatos en la inhibición de la ansiedad de estos, mediante el uso de un procedimiento llamado *contracondicionamiento*, basado en un principio que Wolpe denominó *inhibición recíproca*, el cual supone que si se puede hacer que una respuesta antagónica a la ansiedad ocurra en presencia de los estímulos que provocan ansiedad, de manera que sea acompañada por una supresión parcial o completa de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre esos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitarán. Wolpe desarrolló un procedimiento conductual para el tratamiento de la ansiedad y las fobias basado en el principio de inhibición recíproca y que se denominó desensibilización sistemática.

Una figura muy importante en la psicología es Bandura, por más de 40 años fue pionero en el uso terapéutico tanto del *modelamiento* aprendizaje por observación, para tratar temores y fobias, como en la enseñanza de habilidades y conductas positivas, observó que el modelamiento puede emplearse no solo para enseñarle a los individuos conductas

adaptadas que no pertenecen a su repertorio, sino también para facilitar o inhibir la expresión de conductas que ya pueden realizar. Su labor sobre el aprendizaje por observación representó un paso importante en la integración de los procesos cognitivos y simbólicos en la terapia conductual, desarrollando una de las primeras formas de terapia cognitivo- conductual. El modelamiento permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación (Compas y Gotlib, 2003; Trull y Phares, 2003).

La teoría y los estudios de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para la integración y fortalecimiento subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. Simultáneamente Albert Ellis y Aaron Beck, perfeccionaban su modelo de terapia para trastornos emocionales que incluían un fuerte componente cognitivo, y resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa del malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico (Compas y Gotlib, 2003).

1.3. Modelo Cognitivo Conductual

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta surge entre las principales orientaciones el modelo cognitivo- conductual. Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento. Dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, 1962; Beck, 1976), otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas (D' Zurilla, 1986), o contenidos del pensamiento: autoinstrucciones y pensamientos automáticos (Meichenbaum, 1977; Beck, 1976; en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

Para Kendall y Norton (1988) las terapias cognitivas y las terapias conductuales han quedado integradas en forma de intervenciones cognitivo- conductuales, los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognitivo- conductual están basados en los siguientes principios:

- 1) El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio propiamente dicho.
- 2) Esas representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
- 3) La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognitivamente.
- 4) Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

Meichenbaum (1975; en Kendall y Norton, 1988) menciona que uno de los resultados más notables de la combinación cognitivo- conductual es un procedimiento de intervención descrito como método de autoeducación, este autor hace hincapié en que la capacidad del terapeuta para modificar lo que los clientes se dicen así mismos es un componente importante en toda intervención, pues al igual que la terapia cognitiva, el estilo de pensar del cliente es el punto central del tratamiento. Sin embargo los métodos autoeducativos también utilizan procedimientos de terapia conductual basados en la ejecución. Es decir, al cliente no se le habla simplemente acerca de las autoafirmaciones, sino que el terapeuta sirve como modelo y hace que el cliente ensaye y recurra al reforzamiento para afirmar el nuevo diálogo consigo mismo. Este adiestramiento ha sido descrito como componente importante de diversas intervenciones cognitivo- conductuales con niños con complicaciones de autocontrol e hiperactividad, por ejemplo.

El objetivo principal de la terapia cognitivo conductual es ayudar al cliente a tomar conciencia de un proceso transaccional que envuelve múltiples procesos, dicho aprendizaje se alcanza de manera clínicamente manifiesta, es decir, incluye al cliente como colaborador en la recolección de datos con el fin de permitirle descubrir cómo sus propios pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los numerosos problemas que presenta. Un punto clave en la terapia cognitivo- conductual es ayudar al cliente a anticipar y prepararse para futuros fracasos que puedan acontecer a lo largo del camino (Linn y Garske, 1988)

Para Vallejo (1990) el objetivo fundamental de las terapias cognitivo conductuales es la identificación, el análisis y la modificación de los procesos mediadores, y por ende, la conducta que resulta de estos. Por lo que parte de dos hipótesis fundamentales:

- 1) *Cogniciones negativas*: estas no son un efecto secundario, pueden estar relacionadas causalmente en su desarrollo se adquieren después de una experiencia aversiva, la cual se fortalece con experiencias futuras en las que no se haya sabido actuar.
- 2) *Cogniciones negativas y actitudes inadecuadas*: fomentan la predisposición a las recaídas, puesto que se subestima la capacidad para enfrentarse a situaciones reales.

Para Chappa y Segal (2002) la terapia cognitiva, que surgió como un procedimiento terapéutico de tiempo limitado, directo y estructurado, se ha ido desarrollando hasta alcanzar el estatus de una psicoterapia, actualmente es considerada un sistema de psicoterapias, que consisten en estrategias y técnicas, basadas en una teoría psicopatológica que se estructuró sobre conocimientos empíricos sólidamente fundados, la cual sostiene que el comportamiento y las emociones de una persona están definidos por su modo particular de estructurar el mundo.

Según Trull y Phares (2003) la terapia cognitivo- conductual busca modificar o alterar patrones de pensamiento que se creen que contribuyen a los problemas del paciente.

Para Soler y Gascón (2005) la terapia cognitivo- conductual es una forma de tratamiento psicológico que parte del supuesto de que los trastornos mentales se caracterizan por o son debidos a pensamientos o conductas disfuncionales que pueden ser modificados. Las técnicas empleadas en este tipo de terapia están dirigidas a la modificación de tales pensamientos o conductas. Uno de los elementos clave de la terapia cognitivo- conductual es su compromiso con el método científico, lo cual implica aplicar sus conceptos teóricos y sus métodos terapéuticos así como evaluarlos empíricamente. La terapia cognitivo- conductual se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más aplicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas.

Soler y Gascón (2005) consideran que los métodos o técnicas generales de la terapia cognitivo- conductual pueden incluirse dentro de las siguientes categorías:

Técnicas de exposición

➤ Exposición con prevención de respuesta

Consiste en planificar confrontaciones sistemáticas, repetidas y prolongadas (exposición) a los estímulos (situaciones) que provocan el miedo o la ansiedad, que deben mantenerse hasta que este remita, previniendo la aparición de conductas de huida o evitación, entre las que se incluyen las conductas de seguridad y las compulsiones, impidiendo que las conductas de escape se conviertan para el individuo en referentes de seguridad. Las principales variantes de las técnicas de exposición con prevención de respuesta están en función de:

- ✓ La modalidad con que se presentan los estímulos.
- ✓ La temporalización de las sesiones de exposición.
- ✓ El gradiente de aproximación a los estímulos temidos- evitados.
- ✓ La implicación del terapeuta.
- ✓ La adición (o no) de técnicas de afrontamiento.
- ✓ La aplicación de forma individual o en grupo.

Sea cual sea la variante utilizada se debe elaborar un listado de situaciones evitadas o asociadas a un malestar significativo, que deben describirse de la forma más precisa posible, que una vez ordenando de menor a mayor grado de malestar o dificultad, servirá de base para elaborar la jerarquía de exposición (Soler y Gascón, 2005; Wrihl, 2004).

➤ Desensibilización sistemática

Consiste en la presentación gradual de estímulos ansiógenos, habitualmente primero en la imaginación, posteriormente en situaciones en vivo, una vez que el sujeto ha desarrollado una respuesta alternativa y antagónica a la ansiedad, con el fin de promover el contracondicionamiento por inhibición recíproca. Mientras se produce la respuesta antagónica se presenta el estímulo temido que el sujeto debe visualizar ayudado por descripciones detalladas del terapeuta en presentaciones repetidas hasta que no le genere más malestar.

Técnicas operantes

Las técnicas operantes están basadas en los principios del condicionamiento operante. Se manipulan externamente las relaciones funcionales entre los antecedentes, la conducta y sus consecuencias, con el propósito de instaurar o incrementar conductas de baja frecuencia y/o reducir las disfuncionales de alta frecuencia. La probabilidad de aparición de una conducta está en función de las consecuencias que la siguen y de la presencia de estímulos antecedentes que determinan la disponibilidad del tipo de reforzador para emitir una respuesta determinada. Y se dividen en:

- ✓ *Técnicas para instaurar nuevas conductas o incrementar conductas ya existentes:*
 - *Reforzamiento positivo:* es propiamente la administración de un reforzador de forma eventual a la emisión de la conducta que se pretende establecer o incrementar.
 - *Contrato de contingencias:* se establece un acuerdo negociado por escrito entre al menos dos personas, en el que se especifican los objetivos conductuales que deben alcanzar el sujeto o los sujetos y las conductas específicas que se llevarán a cabo, en un periodo de tiempo determinado, para acceder al reforzador concreto

- ✓ *Técnicas de reducción de conductas*
 - *Extinción:* consiste en suspender o retirar el reforzador que mantiene una respuesta con el objeto de reducir a cero su probabilidad de ocurrencia. De hecho ante la aplicación de esta técnica se puede observar un incremento notable en frecuencia o intensidad de la respuesta. Por lo que es necesario tomar en cuenta que si se suspende el procedimiento en este punto empeoraría las cosas con respecto al momento inicial. Durante el procedimiento debe incluirse un reforzamiento positivo de otras conductas alternativas a la que se desea extinguir.
 - *Castigo:* se presenta un estímulo aversivo de manera contingente a la ocurrencia de la respuesta que se quiere eliminar. El estímulo seleccionado

debe ser de alta intensidad y el nivel de contingencia debe ser el mayor posible.

Técnicas cognitivas

➤ Técnicas de reestructuración cognitiva

Están dirigidas a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias que se consideran mediadores fundamentales de las diferentes manifestaciones de muchos trastornos psicológicos. En la terapia cognitiva de Beck la estrategia fundamental consiste en la detección y posterior modificación de los pensamientos automáticos negativos y de las distorsiones cognitivas asociadas (Soler y Gascón, 2005; Wrihl, 2004). Se efectúa principalmente a través de cuatro pasos:

- ✓ Considerar valoraciones cognitivo- emocionales para establecer distinciones entre lo que uno piensa y la realidad.
- ✓ Evaluar evidencias disponibles sobre el pensamiento- creencia.
- ✓ Generar explicaciones alternativas que permitan de manera progresiva la sustitución de los pensamientos desadaptativos por otros más funcionales.
- ✓ Generar suposiciones básicas más adaptativas, mediante la identificación y discusión de los supuestos básicos disfuncionales, haciendo que el sujeto pruebe su validez.

➤ Entrenamiento en autoinstrucciones

Se refiere a la autorregulación verbal de la conducta generando respuestas más adecuadas a la situación, generalmente incluye los siguientes pasos:

- ✓ Un modelo resuelve una tarea regulando su conducta a través de verbalizaciones mientras el sujeto observa.
- ✓ El sujeto resuelve la misma tarea mientras el terapeuta dirige su conducta en voz alta.
- ✓ El sujeto resuelve la tarea mientras controla su conducta repitiendo las instrucciones adecuadas.
- ✓ El sujeto resuelve la tarea murmurando las instrucciones.

- ✓ El sujeto resuelve la tarea empleando las autoinstrucciones de manera encubierta como un diálogo interno.

➤ Entrenamiento en solución de problemas

Se instruye al sujeto en la existencia de diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para abordar situaciones problemáticas, elaborando un procedimiento para seleccionar la opción más efectiva para su caso particular. El entrenamiento se establece en cinco fases:

- ✓ Orientación general, reconociendo la existencia de un problema.
- ✓ Definición y formulación del problema, especificando en términos conductuales el problema y los objetivos que se quieren alcanzar.
- ✓ Generación de alternativas, generando el mayor número de alternativas posibles para solucionar el problema de acuerdo con los objetivos planteados.
- ✓ Toma de decisiones, determinando cuál es la alternativa que se adecua más a la situación, examinando los pros y los contras de todas ellas y programarlas para ponerlas en práctica.
- ✓ Verificación, valorando la eficacia de la solución seleccionada y plantear que hacer después.

Entrenamiento en habilidades sociales

Está dirigido a la adquisición y/o mejora de diferentes respuestas instrumentales y de interpretar las situaciones sociales, necesarias para una actuación competente en cada una de las situaciones en que la persona muestre deficiencias. Este entrenamiento se puede hacer de manera individual o en grupo:

- ✓ Instrucción directa, por transmisión verbal o escrita sobre los componentes de las repuestas que deben emitirse en la situación indicada.
- ✓ Modelado.
- ✓ Ensayo conductual.
- ✓ Retroalimentación de la ejecución y reforzamiento social positivo de las respuestas adecuadas.

Técnicas de control de la activación

➤ Relajación muscular progresiva

Se enseña al sujeto a relajarse mediante ejercicios de tensión y distensión alternativa de diferentes grupos musculares. Se pretende que el individuo aprenda a identificar las señales fisiológicas que indican que los músculos están en tensión y pueda poner en práctica las habilidades aprendidas.

➤ Técnicas de control de la respiración

Se objetivo es el control voluntario de la actividad respiratoria.

Técnicas de autocontrol

Es la adquisición o puesta en práctica de estrategias generadas por el propio sujeto para alterar de forma deliberada la probabilidad de que se produzcan ciertas respuestas, ya sea para aumentar o disminuirlas de acuerdo con los objetivos que son determinados por el mismo sujeto, mediante la manipulación de condiciones que anteceden y siguen a estas respuestas. Las fases del entrenamiento en autocontrol son:

- ✓ Autoobservación. Observar y registrar de manera objetiva su propia conducta.
- ✓ Establecimiento de objetivos. Establecer criterios específicos y realistas para ajustar su conducta en el futuro.
- ✓ Planificación ambiental- control de estímulos. Buscar o generar un entorno favorable para el cumplimiento de objetivos.
- ✓ Autoevaluación. Saber determinar si su conducta se ajusta a los criterios específicos establecidos con anterioridad.
- ✓ Autoreforzamiento- programación conductual. Programar consecuencias reforzantes positivas en el caso de alcanzar los objetivos establecidos y negativas en caso de no haber cubierto los criterios propuestos.

Técnicas de modelado

La persona observa a uno o a diferentes individuos en vivo o mediante filmaciones, mientras llevan a cabo las conductas que se pretende que el observador ponga en práctica.

(Soler y Gascón, 2005). Por medio de la observación uno puede aprender a usar comportamientos que ya son parte del repertorio conductual (Trull y Phares, 2005).

Para Thorpe y Olson (1997; en Trull y Phares, 2005) el aprendizaje por observación es mejor y más eficiente cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- ✓ Los pacientes atienden al modelo.
- ✓ Los pacientes retienen la información proporcionada por el modelo.
- ✓ Los pacientes deben ejecutar el comportamiento modelado.
- ✓ Se debe motivar a los pacientes a usar el comportamiento modelado.

De esta manera y desde un punto de vista práctico, conocer los mecanismos precisos por los que actúa cada procedimiento terapéutico y establecer cuáles son sus interacciones, permitirá diseñar tratamientos a la medida de cada sujeto y su circunstancia (Soler y Gascón, 2005). Que como veremos a continuación, según lo ofrece la Terapia cognitivo conductual, el tratamiento de los niños deberá ser aún más detallado y preciso, adecuándose a las necesidades de cada caso.

1.4. La Terapia Cognitivo Conductual en niños

En los años 70's, los métodos operantes eran aplicados específicamente con fines terapéuticos. Se generaron investigaciones sobre los efectos del castigo, y reforzamiento en los comportamientos de niños normales, con problemas escolares, o de conducta, autistas, esquizofrénicos y deficientes mentales.

Aproximadamente 20 años más tarde, los métodos operantes se pusieron en práctica con niños profundamente trastornados, recluidos en instituciones donde la terapia de la conducta infantil llegó a tener un uso más amplio (Moreno, 2002).

Gerald y Hartmann (1968; en Moreno, 2002) señalaban que, los niños comenzaban a ser clientes y sujetos habituales en las intervenciones conductuales. Las aplicaciones de los métodos operantes a problemas clínicos infantiles se habían desarrollado rápidamente en los años precedentes. Durante este periodo el campo infantil se caracterizaba por la importancia que adquirieron las aplicaciones en trastornos de esta etapa como lo son:

- Empleo y perfeccionamiento de técnicas operantes.
- Desarrollo de investigaciones en laboratorio sobre factores implicados en autocontrol.
- Aplicaciones de técnicas cognitivas en niños.
- Perfeccionamiento y desarrollo de programas de entrenamiento a coterapeutas.
- Ampliación de objetivos y universo de niños tratados.

Según Kazdin y Jonson (1994; en Moreno, 20002) la intervención psicológica en la infancia y adolescencia se centran en tres áreas:

- 1) *Disfunciones propiamente clínicas, incluyendo los trastornos clásicamente tratados: ansiedad, hiperactividad, retraso mental, trastornos del desarrollo, por ejemplo.*
- 2) *Comportamientos que conllevan riesgo psicológico y social y cuyas consecuencias resultan adversas para la salud, como los comportamientos antisociales, abuso de sustancias tóxicas, drogas, alcohol.*
- 3) *Problemas asociados a las condiciones de riesgo social, concretamente maltrato infantil y divorcio de los padres.*

Por su parte Chappa y Segal (2002), consideran que las estrategias y técnicas que se emplean para el tratamiento de los niños tienen particularidades que las tornan más comportamentales en cuanto se trabaja de manera más directa con la conducta y un poco más sistemáticas por actuar en forma directa a través de los padres, aunque manteniendo un modelo cognitivo- comportamental.

Servera (2002) menciona que, el modelo cognitivo- conductual ha ido arrastrando problemas de implantación, definición, investigación y eficacia principalmente por razones intrínsecas y extrínsecas. En las primeras por que los modelos conceptuales y las técnicas utilizadas por el modelo conductual para la psicopatología infantil han sido a menudo extrapolados del trabajo con adultos dejando a un lado las características diferenciales de la infancia. Las segundas por la propia complejidad del mundo infantil, es decir, cuando un niño presenta un comportamiento alterado son muchos los profesionales implicados: educadores, pediatras, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, logopedas, psicomotricista, trabajadores sociales especialmente.

Mash (1998; en Servera, 2002) señala que la eficacia de la intervención cognitivo-conductual en adultos está ampliamente demostrada en múltiples trastornos y frente a diversas terapias, en cambio en el ámbito infantil es mucho más complicada. En los trabajos de Kendall (1991, en Servera, 2002) la intervención cognitivo- conductual mostró su eficacia en el control de la impulsividad, la ansiedad, la depresión y los trastornos comportamentales, sin embargo hay muy pocos estudios controlados que además incluyan comparaciones con otros tratamientos.

Es por eso que la psicología clínica infantil debe incorporar principios teóricos y metodológicos del modelo conductual, pero a la vez debe estar abierto a otras disciplinas validando sus procedimientos, más en criterios de eficiencia que de eficacia, es decir, que en la evaluación e intervención en complicaciones infantiles es un proceso de solución de problemas que tiene como objetivo adecuar los procedimientos y técnicas a utilizar por una parte de acuerdo a las características del trastorno y por otra de acuerdo a las características y demandas del propio niño, sus padres, sus educadores, sus compañeros así como de otros criterios de orden social y evolutivo (Servera, 2002).

Actualmente la mirada del adulto hacia el niño depende según la cultura y la clase social a la que pertenece, el interés por ocuparse del tratamiento de trastornos psicológicos como la ansiedad, es cada vez mayor. El concepto de niño involucra periodos como la lactancia, preescolar, escolar y su proceso a la adolescencia. Uno de los placeres de observar a los niños en edad temprana, consiste en ver como construyen y expresan su comprensión fantásica y subjetiva del mundo que les rodea.

Existen grandes similitudes entre los niños de una edad determinada, lo que ha permitido estandarizar ciertas medidas antropométricas e identificar ciertos comportamientos específicos para cada edad, sin embargo, es preciso decir que en su proceso de desarrollo, el niño nunca se debe comparar con otro sino consigo mismo (Ramírez, 2005).

2. DESARROLLO INFANTIL

Para Rovee- Collier (1996; en Lefrancois, 2001) los niños son organismos muy capaces, que manifiestan adaptaciones notables en sus respuestas a las exigencias inmediatas de sus entornos.

El desarrollo del niño es el estudio científico de los cambios en torno al desarrollo infantil, así como los aspectos que perduran desde la concepción hasta la adolescencia (Papalia, 1998). En donde factores físicos y motores, cognoscitivos y psicosociales interactúan en el desarrollo individual el cual comprende cambios y continuidad a través del tiempo.

El niño en edad preescolar que comprende de los dos a los seis años, crece en medio de una gran ampliación del número de personas con las que interactúa, se caracteriza por tener una velocidad menor de crecimiento que la del lactante (Ramírez, 2005).

Como se podrá observar más adelante el desarrollo infantil es un campo de investigación e información bastante amplio, por lo que, a continuación solo se describe un periodo de edad de acuerdo al interés del presente trabajo, que es, el comprendido de los cuatro a los seis años de edad, periodo en el que generalmente transcurre la educación preescolar.

2.1. Los niños de 4 a 6 años

El cuarto año de vida para el niño se basa en la imaginación, se refugia en sí mismo y dialoga con su compañero imaginario. El momento de inventar un compañero imaginario coincide con la necesidad del niño de cambiar de actividad y sobre todo de estar más tiempo con otros niños.

Desde los primeros meses hasta que cumple un año aproximadamente el niño no es capaz de identificarse a sí mismo, pues requiere de la capacidad de desdoblamiento que adquiere con el paso del tiempo y sobre todo del lenguaje, que le brinda la posibilidad de un

manejo simbólico de la realidad. En consecuencia el niño necesita de la imitación, que es un inicio de la representación para entender y reconocerse a sí mismo (Novelo, 1998).

A los cuatro años el lenguaje sigue su evolución y a esta edad utiliza con frecuencia los adjetivos calificativos que ha escuchado decir de sus padres. Característicamente interioriza su lenguaje y a ratos habla para sí mismo. De acuerdo al nivel de lenguaje que llegue alcanzar el niño indica cual es el tipo de estimulación que ha recibido. A esta edad los niños ya construyen frases bien elaboradas con adjetivos calificativos, formulan preguntas de interés, siguen descubriendo el mundo, las relaciones entre personas y los objetos.

A los cuatro años el niño se interesa mucho en las otras personas y sobre todo en lo que hacen, en sus ocupaciones y su situación con respecto a los otros. Sin embargo con el paso del tiempo se interesa cada vez menos en los adultos y toma mayor interés en otros niños.

Pero, alrededor de los seis años comienza a operarse una descentralización y una regulación de las representaciones, que se volverán más móviles, se articularán y coordinarán para alcanzar las operaciones reversibles a los siete u ocho años. Se puede observar que los niños de esta edad se acompañan unos a otros, pero las tareas las efectúan cada uno, de acuerdo con sus intereses pues aún son incapaces de observar los detalles que las componen percibiendo solo su totalidad (Novelo, 1998).

Se inicia un cambio de actitud en el niño, mostrando un interés diferente en los objetos y la memoria del pequeño sigue mostrando avances, siendo capaz de retener y poder repetir lo esencial de una historia o cuento que se le platique, por ejemplo.

El poder contar con un medioambiente estimulante, le permite al niño poner en práctica, las funciones nuevas que va obteniendo de acuerdo a su madurez en las estructuras cerebrales. Como el desarrollo es un proceso global, lo ideal sería que el niño alcance al máximo su desarrollo físico, afectivo e intelectual, tener una nutrición adecuada y adaptado a sus necesidades, así como el efecto necesario que le dé el interés por la vida, que se manifiesta en la curiosidad y en el correcto aprendizaje, según las distintas etapas que irá atravesando. Veamos a continuación las características generales correspondientes a cada tópico del desarrollo infantil.

2.1.1. Desarrollo físico y motor del preescolar

Esta etapa se caracteriza por el perfeccionamiento de los movimientos gruesos y finos que le permiten al niño controlar mejor su cuerpo (Ramírez, 2005).

El logro motor más significativo del infante con consecuencias sociales cognitivas sumamente importantes, es el aprender a caminar. Los infantes no solo aprenden a caminar sino que también practican y terminan por aprender a coordinar una amplia gama de otras actividades. A medida del progreso de su desarrollo motor su locomoción se vuelve más segura conforme la postura pierde característica de pies separados (Ramírez, 2005; Lefrancois, 2000).

Entre los dos y los seis años de edad, el niño aumenta de seis a ocho centímetros y dos kilogramos por año. Los preescolares aumentan 30 centímetros y nueve kilogramos, también hay notables diferencias en los ritmos de cambio en las diferentes partes del cuerpo. Existen cambios en la cantidad relativa del tejido graso modificando la distribución por el crecimiento más rápido de huesos y músculos (Papalia, 1998).

Los niños de seis años empiezan a tener una cintura más estrecha que los hombros y las caderas, por consecuencia el tamaño de los órganos internos crecen a un ritmo mucho mayor que otras partes del cuerpo, dadas las limitaciones del espacio entre la pelvis y el diafragma de los pequeños, por eso, es que algunas veces el abdomen sobresale, sin embargo esta condición cambia cuando los niños ganan estatura durante los años preescolares. De los dos a los seis años la cabeza cambia de aproximadamente un quinto a un octavo del tamaño total del cuerpo.

Hacia los seis años adquiere mayores habilidades corporales, pasa del egocentrismo total a una forma práctica de actuar, controla esfínteres, la distinción de género, consolida su autonomía y el desarrollo de una gran iniciativa para hacer las cosas (Ramírez, 2005).

La adquisición de diversas destrezas motrices en el periodo preescolar, está ampliamente relacionado con la creciente inteligencia del niño. Las destrezas motrices que manifiestan mayor control y coordinación de los movimientos musculares finos a menudo se emplean como reactivos en las mediciones de inteligencia.

El desarrollo motor se relaciona no solo con el desenvolvimiento intelectual del niño, sino también con el social, por ejemplo: en el juego infantil, en particular con sus pares, con frecuencia es influido por las destrezas motrices, ya que requieren de diferentes aptitudes para los diferentes juegos. Es evidente que el desarrollo físico y motor tienen una influencia notable en el desarrollo social del niño: los juegos son un medio importante de socialización. La conducta social en edad preescolar tiene una amplia influencia de los miembros de la familia, de otros niños y adultos (Lefrancois, 2001; Ramírez, 2005).

2.1.2. Desarrollo cognoscitivo del preescolar

El desarrollo cognoscitivo del niño consiste en el paso del pensamiento pre-lógico que se caracteriza por la concentración en un solo aspecto de un problema y por la irreversibilidad. El pensamiento se expresa por el lenguaje y no por el aparato motor como en la época del lactante, denominado pensamiento intuitivo, es decir, el niño verbaliza sobre un hecho y su proyección a futuro, piensa en voz alta e imita a otros con el fin de incorporar sus valores o el estatus representado por ellos (Ramírez, 2005).

Según Piaget (en Craig y Woolfolk, 1995), el desarrollo del pensamiento lógico infantil se puede describir en estadios separados por los que el niño pasa camino al entendimiento lógico del mundo. Según este autor los seres humanos construyen un entendimiento personal del mundo: los niños eligen su propia realidad de acuerdo con su nivel de pensamiento.

Piaget observó que los niños proyectan sus propios valores, su propio sentido de la justicia, a la situación experimental, demostrando sus procesos de pensamiento egocéntrico, que se caracteriza por la incapacidad, que tiene el niño en edad preescolar, de ser objetivo. El egocentrismo se puede observar en sus conversaciones, cuando al hablar prestan poca atención a quienes lo escuchan o a otros que hablan, que es denominado como un monólogo colectivo (Lefrancois, 2000).

Por su parte Vygotsky postuló el concepto de zona de desarrollo próximo, según el cual los niños se desenvuelven mediante su participación en actividades ligeramente superiores en su competencia con ayuda de adultos o niños más ágiles (Craig y Woolfolk,

1995). Afirma que el proceso de aprendizaje de un niño está guiado por la interacción con adultos o compañeros más avanzados (Lefrancois, 2000).

Existen dos clases principales de explicación para el desarrollo del lenguaje: una enfatiza la función de la experiencia (aprendizaje); la otra radica en la importancia de la biología (predisposiciones hereditarias). Según Rice (1989; en Lefrancois, 2000), los niños aprenden el lenguaje como un medio para hablar de lo que saben, de tal manera que pueden alcanzar metas sociales para ellos y al parecer existe un periodo sensible al principio de la vida cuando es más fácil aprender uno o más idiomas.

El aprendizaje es fundamental para la adquisición de la lengua. Los padres y otros proveedores de cuidados tienen una función importante como modelos del lenguaje: ofrecen a los niños modelos verbales y no verbales del lenguaje correcto y de las reglas sutiles que rigen la conversación y la comunicación de los mensajes.

El progreso del lenguaje está ampliamente vinculado con las cogniciones, puesto que el lenguaje determina o influye con fuerza en el pensamiento, así el idioma supone una entidad cultural en interacción. Los niños escolares enriquecen con rapidez su vocabulario, el uso de las formas gramaticales y su comprensión del lenguaje como en acto social (Craig y Woolfolk, 1995).

Para el niño la adquisición del lenguaje, no solo le permite dirigir la conducta de otros según sus deseos, sino que también les proporciona un medio para adquirir información. Piaget y Vygotsky, afirman que el pensamiento precede a menudo al lenguaje, estos autores sostienen que el lenguaje y el pensamiento, se desarrollan primero de manera independiente y después de los dos años el lenguaje y el pensamiento empiezan a relacionarse más de cerca, después de esta edad el pensamiento se vuelve más verbal y el uso del lenguaje permite a los niños controlar la conducta, volviéndose así la fuente de todas nuestras funciones mentales superiores (Lefrancois, 2000).

La habilidad lingüística, se relaciona con el éxito de la lectura y la escritura. Leer y escribir son formas de comunicación simbólica que implican, atención, percepción, memoria, asociaciones con lo ya sabido y un contexto.

El aprendizaje de la lectura y la escritura es más radical en las culturas que inician la educación formal durante la niñez media, siendo así el aula el escenario más importante en que los niños se desenvuelven en el lenguaje y otras áreas de desarrollo.

A esta edad el juego es sumamente influyente en el desarrollo de la inteligencia y adquiere un carácter más social, así que las reglas se convierten en una necesidad, el código moral sigue siendo la obediencia a los adultos significativos y generaliza los símbolos con imágenes más amplias.

2.1.3. Desarrollo psicológico y social del preescolar

En esta etapa el niño debe desarrollar la iniciativa y la posibilidad de hacer y buscar cosas. La iniciativa es una parte necesaria de todo acto humano, el medio social incita al niño a desarrollar actividades y alcanzar fines pues le exige asumir responsabilidades con personas, animales, objetos y consigo mismo y poder realizar tareas específicas según su género.

El niño preescolar que ya domina bastante bien su cuerpo y un amplio lenguaje, puede emprender por sí mismo diversas actividades motrices e intelectuales lo que le permite desarrollar su iniciativa sin dejarse abatir por el fracaso y así más adelante adquirir su autonomía. Hacia el final de la edad preescolar los niños están dispuestos a aprender rápida y activamente, a compartir las actividades y asumir obligaciones (Ramírez, 2005).

A los 4 años de edad el preescolar inicia una interacción más variada y compleja con los niños de su edad, supera el juego solitario dependiente por el de actividades asociativas y cooperativas. Por lo que la familia debe procurar y promover, mediante el juego y juguetes sencillos, el aprendizaje de funciones que desarrollará en el futuro, ya que el niño en el juego prueba concretamente por medio de la identificación que siente al realizar los papeles y funciones de otras personas. El niño desarrolla una nueva conciencia de su cuerpo; aprende a ser varón o niña y sus propios padres representan el principal modelo de los papeles masculino o femenino (Escobar, Espinosa, Nono, 2001).

Por su parte Piaget (en Theron, Rodín y Gorman, 2003) considera que el entendimiento de los niños pequeños y su propio mundo está limitado por su pensamiento

egocéntrico. A medida que el niño aumenta sus relaciones con los compañeros de su misma edad aparece una gradual reducción del egocentrismo. Las interacciones sociales ayudan a reducir el pensamiento egocéntrico en el niño, las relaciones con los compañeros le permiten explorar puntos alternativos, enfrentarse directamente con diferentes opiniones y encontrar medios para su solución.

Cuando los niños juegan, están observando que sus opiniones y experiencias pasadas son completamente diferentes a las de otros niños. Los teóricos consideran que el juego es una actividad valiosa e importante para los niños, pues éste permite a los niños explorar a través de la fantasía muchas respuestas cognoscitivas que tal vez no fueran posibles en su propio ambiente. Las condiciones en las que tienen lugar los juegos permiten que los niños perciban que en la vida real hay peligros y riesgos, mientras que estos no se producen en la fantasía. El juego es entonces una exploración libre de las demandas adultas y sirve, como una valiosa ayuda que estimula el desarrollo global de la inteligencia infantil.

Como se ha podido observar, el desarrollo puede ser medido tanto de forma cuantitativa por ejemplo: el peso, estatura, y extensión de vocabulario; como de manera cualitativa, por ejemplo: la inteligencia. Este tipo de medidas son convenientes para saber cuáles son las habilidades y debilidades de un niño de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.

A continuación se presenta un cuadro comparativo que resume los cambios (físicos, motores, cognoscitivos, psicológicos y sociales) que se presentan a la edad de 4 a 6 años.

EDAD EN AÑOS	DESARROLLO FÍSICO Y MOTOR	DESARROLLO COGNOSCITIVO	DESARROLLO PSICOLÓGICO Y SOCIAL
4 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> *Ganan un promedio anual de 2kg. y crecen 7 cm. * varía el ritmo de su carrera. *Corre, da saltos torpes, da tres o más pasos con un solo pie. *Mayor fuerza, resistencia y coordinación. *Usa bloques de construcción. *Manipula objetos *Buena coordinación mano-ojo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Empleo de símbolos, juego simbólico y lenguaje. *Separación de la realidad mental y física. *Comprensión de la causalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> *Aprende lo que la familia y la comunidad esperan de ellos. *Manejo de sentimientos. *Aprende normas, reglas y significados culturales. *Elaboración de autoconcepto. *Crecimiento radical en autocontrol y competencia. *Inicio del desarrollo de la conducta prosocial.
6 años	<ul style="list-style-type: none"> *Pesa 20 kg. y mide aproximadamente 1m. *adquiere fuerza, velocidad, coordinación y control necesario para el perfeccionamiento de habilidades motoras tanto finas como gruesas. *Agrupa por colores y construye figuras complicadas. *Logra un buen control corporal y se ubica espacialmente. 	<ul style="list-style-type: none"> *Enriquecimiento del lenguaje y formas gramaticales. *Comprensión del lenguaje. *Creciente conciencia de ubicación y acciones de las partes del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> *Poseen un contenido verbal muy amplio y se vuelven reflexivos. *Estallan con menos rapidez y censuran o controlan su conducta. *Son menos egocéntricos. *Comprenden los sentimientos y los actos de los demás.

Tabla 1. Principales cambios en el desarrollo del infante de 4 a 6 años.

Los aspectos del desarrollo infantil es algo que muchas veces pasa por alto, quizá por ser muy detallado, sin embargo son determinantes en la elaboración de un cuadro general del desarrollo, puesto que puede ser indicador de que algo no está funcionando adecuadamente en el niño.

Es preciso recalcar que en cualquier etapa del desarrollo humano, no hay normas absolutas, ni niveles de desempeño definidos preestablecidos que haya que alcanzar a edades específicas (Ramírez, 2005; Lefrancois, 2000).

Con respecto a los cambios de personalidad, inteligencia y memoria suelen ser más particulares y específicos, puesto que, ocupan un lugar muy importante y significativo en el proceso de cambio y de adaptación del niño, lo cual depende mucho de las personas, las cosas y todo con lo que les sea posible interactuar (Craig y Woolfolk, 1995).

2.2. Identificación

Para Mussen (1998) la identificación puede considerarse como un impulso aprendido o como un motivo por ser similar a otra persona, cuando el niño se identifica con otra persona, se comporta y se siente como si las características de las otras personas fueran suyas. Los niños se identifican con los padres pues sirven como modelo, a través de los ideales, actitudes y comportamientos de estos.

Por lo que la identificación es un mecanismo fundamental del desarrollo de la personalidad y la socialización. Al identificarse con los padres el niño, adquiere muchas formas de comportarse, de pensar y de sentir, y como los padres son representantes de su cultura, la identificación del niño con ello, le proporciona, cualidades temperamentales, actitudes, motivos, ideales, valores, tabúes y costumbres apropiados para su grupo cultural.

La identificación con el padre del mismo sexo ayuda al niño a incorporar características y actitudes al papel masculino o femenino de su cultura. El proceso de identificación comienza a una edad muy temprana y es un proceso muy largo que quizá durará toda la vida. A medida que los niños maduran, continúan identificándose con sus padres y adquieren más características suyas. Sin embargo cuando sus mundos sociales se amplían, los

niños encuentran otros modelos de identificación entre sus compañeros, maestros, gobernantes, héroes de películas u otras figuras que sean atractivas para él.

Sobre la misma línea Theron, Rodin y Gorman (2003), mencionan que la identificación hace referencia a un proceso a través del cual el niño imita características de personalidad de una o varias personas más significativas de su vida. La identificación conlleva a una serie continuada de intercambios entre el niño y los padres en un contexto altamente emocional. Es uno de los factores básicos de la socialización, la cual le permite al niño darse cuenta de que ciertos atributos y conductas personales agradan y son aceptados por otras personas.

La aprobación de otros proporciona al niño un sentimiento de seguridad como persona y una motivación adicional para vencer los retos que se le presentan a diario. La identificación ayuda a que el niño adquiera pautas de comportamiento útiles, sin necesidad de una educación directa por parte de los adultos.

Los teóricos de la identificación describen que ésta se origina de los vínculos afectivos entre los niños y sus padres, en realidad es la continuación de los apegos con las figuras parentales establecidas durante la infancia. Los padres son modelos significativos que ayudan a los niños a desarrollar conductas de identificación e imitación. Los niños pequeños imitan la conducta y comportamiento de los padres y los niños mayores, además de esto valoran las normas de compañeros de igual edad.

Sears, Rau y Alpert (1965; en Theron, Rodin y Gorman, 2003) consideran que los procesos que implican la identificación contribuyen en el establecimiento de ciertas respuestas, entre ellas un comportamiento sexual, similar al rol sexual social, la capacidad para sentir culpa y el autocontrol interno.

En la construcción de la identidad personal se efectúa una valoración afectiva positiva o negativa de nuestra persona a cerca del concepto que tenemos de nosotros mismos como seres únicos y diferentes, así como una valoración. El concepto que tenemos de nosotros mismos es el resultado de nuestras experiencias sociales (Altarejos, et.al, 2004) dando lugar a la constitución de la personalidad

2.3. Personalidad

Pérez Alonso-Geta (2003; en Altarejos, et.al, 2004), afirma que la familia construye un sistema de apoyo social fundamental, pues proporciona al niño afecto, abrigo y protección. La familia es la primera fuente de información de la que se obtiene el conocimiento de las cosas importantes en cuanto a ideas, interpretaciones del mundo, cosmovisiones y valores.

Las personas tienen su naturaleza mediante la realización de actos que configuran hábitos, de tal manera que se puede disponer de lo que somos hasta reconocer y aceptar a otro como persona. Así que, la familia es la primera muestra de que el ser humano es persona.

Según Ramírez (2005) cada ser humano es el resultado de la interacción genética y de su experiencia con el ambiente en cada etapa de su vida, único e irrepetible, aunque al mismo tiempo comparte con los demás las características como persona y las de sus congéneres de similares estados de desarrollo. Por lo que el niño es depositario de una herencia genética personal, familiar, social, económica y cultural. Cada niño o niña son gestores de su propio desarrollo y los adultos deben ser los acompañantes inteligentes y afectuosos de este proceso.

Cuando el ser humano nace es uno de los seres vivos más indefensos y le es indispensable la atención de los adultos durante un largo periodo hasta construir progresivamente su autonomía. El niño nace en el seno de una familia e inmediatamente se inicia su proceso de integración en la cultura, por lo que el desarrollo infantil es el ingreso a una cultura, pero al mismo tiempo la realización como persona que piensa, se comunica, actúa y se compromete e incorpora en el proceso histórico-social de su comunidad.

Convirtiendo al niño en un ser humano único e irrepetible, deseante, capaz de generar y captar sentimientos, con derechos y deberes, que crece y se desarrolla de acuerdo con su potencial genético, su dinámica interna y el aporte del medio externo.

Coincidiendo con lo anterior Mussen (1998) considera que el primer aprendizaje social del niño tiene lugar en el hogar, con sus primeras experiencias familiares, particularmente los vínculos con sus madres, que generalmente se supone constituyen antecedentes críticos de las relaciones sociales posteriores. Por ejemplo un niño construye

una segura relación de apego cuando la madre es lo suficientemente accesible para recibir las señales de su hijo, las interpreta de manera precisa y su respuesta a ello es pronta y apropiada.

Por lo que la personalidad del niño se basará en una serie de identificaciones, algunas de las características de los padres se irán incorporando, el comportamiento y las ideas de otras personas también se adoptarán, por lo que gran parte de la personalidad del niño se deriva de muchas identificaciones diferentes.

Para Mussen (1998) muchas de las características de la personalidad establecidas desde temprano parecen ser constantes y duraderas, y si se conoce la situación del niño con respecto a determinadas dimensiones de la personalidad, tales como introversión, agresión y dependencia, se puede predecir cuál será la posición posterior de estas dimensiones. Pues parece ser que muchos aspectos de la personalidad permanecen abiertos al cambio en el transcurso de largos periodos.

2.4. Emociones

La palabra emoción es la reacción particular de un individuo a una estimulación súbita, intensa o de extrema relevancia (Bridges, 1936; en Del Barrio, 2005). La emoción es una respuesta rápida a estímulos relevantes para el individuo tanto desde un punto de vista biológico como social o personal, que mediante un componente cognitivo, se percibe, valora y reconoce una determinada instalación afectiva personal que puede expresarse o no mediante el lenguaje. Los cambios orgánicos consisten en transformaciones neuroendocrinas y tiene dos principales vías de manifestación o expresión: los movimientos corporales y la activación fisiológica.

La mayor parte de los autores que trabajan con las emociones consideran que estas constituyen el sistema primario de comunicación, ya que consiste en un sistema de comunicación mediante señales o procesos expresivos que el cerebro interpreta como mensajes sobre prioridades de acción.

Se puede considerar a las emociones en dos grupos: las *positivas* (amorosas), suponen un acercamiento al objeto que las evoca y las *negativas* (odio), que suponen un alejamiento

o un ataque respecto de aquellos objetos que se consideran amenazantes para la supervivencia.

Para Escobar, Espinosa, Nono, (2001) las emociones son un factor básico de nuestros procesos de pensamiento e influye constantemente sobre nuestras relaciones con otros individuos o comunidades. Las emociones implican al menos tres componentes: un sentimiento que tiene una significación inmediata; una expresión corporal, consistente en la expresión hablada, actividad facial, postura o movimientos corporales; cambios físicos en los sistemas nerviosos central y autónomo.

Resulta bastante difícil dar una definición exacta de lo que son las emociones, pues ninguna abarcaría satisfactoriamente todas las dimensiones de la experiencia emocional, puesto que en la vida cotidiana podemos sentir muchos estados emocionales (Zaccagnini, 2004).

Dicho autor define a las emociones como: *una compleja combinación de procesos corporales, perceptuales y motivacionales que producen en las personas un estado psicológico global, que puede ser positivo o negativo, de poca o mucha intensidad y de corta o larga duración, y que genera una expresión gestual que puede ser identificada por las demás personas.* Y las agrupa en tres dimensiones básicas de acuerdo a su cualidad, intensidad y duración:

- 1) **Cualitativa:** supone que la emoción puede ser un estado *positivo* que produce una sensación de bienestar, o bien un estado *negativo* que produce una sensación de malestar.
- 2) **Intensidad:** el estado emocional tanto positivo como negativo puede ser muy leve o muy intenso.
- 3) **Duración:** los estados emocionales puede ser respuestas puntuales a ciertas situaciones o predisposiciones que perduran en el tiempo.

Los estados psicológicos globales resultan de la combinación de tres componentes fundamentales: el componente **corporal o fisiológico**, referente al estado del organismo; el componente **perceptual o cognitivo**, se refiere a la toma de conciencia de que estamos en ese

estado; y el componente *motivacional o conductual* y se refiere a la relación de los estados emocionales con el comportamiento. Además de que las emociones son el estado psicológico interno del sujeto y tienen una dimensión externa de *comunicación*.

2.5. Emociones infantiles

La investigación de las emociones en edad infantil se torna difícil, pues por su corta experiencia no pueden decir con exactitud qué es lo que sienten. A medida que el niño crece las emociones también se vuelven más complejas, de acuerdo con los niveles de maduración. En la etapa preescolar el niño tiene conflictos emocionales con el “yo” y el “no yo”, que de acuerdo como lo va resolviendo le permite integrar adecuadamente las bases de su personalidad (Escobar, Espinosa, Nono, 2001)

Según Harris, (1992) el niño comprende los estados emocionales de los demás basándose en un tipo característico de comprensión imaginativa. Los psicólogos infantiles consideran a la imaginación como una facultad que lleva al niño a escapar de la realidad o a distorsionarla.

Los niños son conscientes de sus estados mentales y pueden proyectarlos en los demás usando un mecanismo que depende de modo crucial de la imaginación. La imaginación juega el papel de:

- *Autoconciencia*: los niños en edad preescolar son conscientes de sus estados mentales, saben cuándo quieren o esperan algo.
- *La capacidad de simular*: los niños pequeños tienen una poderosa imaginación, que se manifiesta de modo evidente en el juego de ficción.
- *Distincuir la realidad de la ficción*: aunque el niño mezcla de vez en cuando el mundo de la realidad y el de la ficción, no manifiesta confusiones sistemáticas entre ambos.
- *Deseos creencias y emociones*: la capacidad de fingir le permite al niño una comprensión imaginativa de los estados mentales ajenos.

Al principio los niños son conscientes de sus estados emocionales y posteriormente interpretan la conducta de los demás proyectando sus propios estados mentales en los otros. El niño examina la realidad para comprobar si coincide con lo que desea. Si la coincidencia se produce el niño genera una emoción fingida o de felicidad, si por el contrario no hay coincidencia, si el deseo simulado no se produce, el niño genera una tristeza o incomodidad fingida.

Se ha encontrado que los niños se refieren a los deseos cuando explican la emoción ajena. Los niños preescolares se refieren a los deseos de otros en ilustraciones posteriores de sus juicios sobre la emoción, diseñan un mecanismo para averiguar la emoción de otro aunque esta no corresponda con lo que ellos sientan o deseen. Lo que determina la emoción es la capacidad que posee el niño para imaginar una situación donde se producen reacciones emocionales, pues el niño imagina o finge las emociones de la persona que le éste sirviendo como modelo. Los niños de seis años tienen una comprensión más precisa de lo que es la emoción, pues el niño de esta edad observa al mundo desde el punto de vista del otro.

El número de emociones básicas es distinto para cada autor, entre las más relevantes en edad infantil se encuentran: ira, miedo, amor o alegría, tristeza (del Barrio, 2005).

MIEDO: es una emoción que se da ante estímulos considerados como amenazantes para el sujeto. Puede ser evocada por un estímulo innato, pues se da desde el nacimiento y sin previo aprendizaje, como la reacción ante un ruido violento. Se cree que todos los miedos posteriores son condicionados a partir de los primeros. El miedo es una conducta adaptativa, que evita comportamientos peligrosos, puede llegar a convertirse en una conducta desadaptativa y nociva cuando traspasa los límites de lo útil y perturba la conducta del sujeto que lo desarrolla hasta el punto de desencadenar en él repuestas obsesivas.

La razón por la cual unos niños son más miedosos que otros tienen diversas raíces, pero el temperamento, la educación y el tipo de experiencias vividas son los elementos cruciales para explicar estas diferencias. En cuanto a las fobias pueden presentarse desde los tres años, puesto que a esta edad se produce la madurez mental necesaria para poder desarrollarlas. Las fobias más comunes se dan hacia los animales, médicos, a la separación y a la escuela.

IRA: La ira representa el primer paso de la escala hacia la agresión, convirtiéndose en una de las preocupaciones más importantes de la conducta infantil en los últimos tiempos. La agresividad como conducta patológica se produce cuando un individuo ataca sin necesidad. Naturalmente la ira tiene una consecuencia buena, que es permitir la defensa propia, funcionando como mecanismo de defensa ante el peligro y ante la superación de dificultades. Algunos autores consideran positiva la ira y la agresión infantil, juzgándolas como forma de obtención de la independencia personal.

TRISTEZA: la tristeza es una emoción, que se empieza a reconocer alrededor del segundo y tercer mes de vida. Las conductas motoras detectadas en el niño triste son el silencio, llanto, alejamiento, cambio en la entonación de la voz y acortamiento de la composición de frases. Dahl (1979; en del Barrio, 2005) considera que los niños tristes, tienen una dimensión de pasividad, lo que conduce su persistencia en el tiempo. Leventhal y Tomarken (1986; en del Barrio, 2005) consideran que la tristeza infantil se liga desde un principio a la construcción del autoconcepto, y en especial a aquella que se funda en una ordenación memorística de experiencias emocionales.

AMOR/ ALEGRIA: es una emoción positiva y básica que produce en el niño una conducta de confianza, exploración, disfrute y deseo que se convierte en el motor fundamental de toda su conducta constructiva. La mayor parte de las conductas positivas que derivan de la alegría, como el apego, la simpatía, la empatía, entre otras, se irán produciendo asociadas a esta y son uno de los motores más importantes de la conducta infantil

Sobre la misma línea Theron, Rodin y Gorman, (2003) argumentan que las emociones son uno de los aspectos más significativos de la experiencia humana, son importantes en la adquisición de nuevas destrezas y habilidades cognoscitivas, proporcionando placer y satisfacción ya que pueden actuar como reforzadores. Entre las emociones más significativas del desarrollo agregan y describen:

MIEDOS: los miedos o temores de los niños se dirigen normalmente hacia sujetos u objetos específicos de identificación en su entorno. La mayoría de los miedos infantiles se van desvaneciendo en el transcurso de su desarrollo. Los temores de los niños más pequeños

normalmente están enfocados a personajes fantásticos o imaginarios. La mayoría de los niños en el curso de su desarrollo actúan sobre sus temores y los superan.

FOBIAS: una fobia es un miedo que llega a ser intenso, desorganiza el ajuste del niño y sobrepasa un mal potencial o amenaza. Induce mayores estados de excitación, provoca más debilidad y es más intensa que un temor, un niño puede desarrollar fobia a cualquier cosa de su medio ambiente, como lo son la altura, los perros, los autobuses o las mujeres viejas con pelo blanco e incluso a la escuela.

ANSIEDAD GENERAL: es necesario cierto grado de ansiedad para la supervivencia, la ansiedad ante situaciones potenciales de peligro o condiciones amenazantes nos prepara para defendernos o huir. De esta manera la ansiedad ayuda en la adaptación de cada ser humano a su ambiente.

Extendiendo este punto a continuación se describe las características del trastorno de ansiedad y específicamente en niños para poder confirmar su desarrollo en edades tan tempranas.

3. ANSIEDAD

La palabra ansiedad viene del latín, *anxietas*, que quiere decir inquieto o atormentado. La ansiedad expresa un temor sin objeto aparente, que causa malestar y produce incapacidad para identificar las causas (Aubert y Duobovy, 1993).

Etimológicamente las palabras ansiedad y angustia se han usado como sinónimos, sin embargo, Sexto (2000), resalta una diferencia entre ambas diciendo que: la *angustia*, se refiere a la sensación de opresión pectoral, que es una respuesta biológica a un peligro exterior, coexistiendo la sensación de temor ante la posibilidad de la presentación súbita de crisis. Ahora bien la *ansiedad* es una inquietud del ánimo, lo que quiere decir que está relacionada con los afectos, con una sensación constante de peligro inminente o destructor, que invade a la totalidad del ser, con un componente subjetivo que lo califica y otro somático que lo objetiviza.

Entonces la ansiedad y la angustia son emociones básicas en el ser humano, que surgen como respuesta a una situación de amenaza, que en el niño puede ser producto de la realidad o de la imaginación, que se resuelve espontáneamente con una adecuada dinámica familiar, lo cual aporta al niño elementos para su individuación, aunque es difícil de concretar si no hay una buena resolución de cada una de las etapas evolutivas.

Sandín (1997; en Santacruz, Origeles, Rosa, et.al, 2002) define la ansiedad como la respuesta anticipatoria de una amenaza, que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductas visibles y de cambios fisiológicos asociados a hiperactivación del sistema nervioso autónomo.

Para Gándara y Fuentes (1999), la ansiedad es una sensación que todos podemos experimentar, algo normal en la vida de las personas, una reacción o respuesta a ciertos acontecimientos de la vida que puede ser más o menos intensa. Puede ser necesaria y buena para adaptarse a los problemas cotidianos y superarlos o puede ser todo lo contrario: perjudicial e inapropiado.

Para dichos autores un concepto psicológico podría ser el siguiente: *la ansiedad es de carácter subjetivo, es un sentimiento de aprensión, tensión, inquietud o temor, lo que*

supone la anticipación indefinida de un peligro objetivo o no objetivo, este se presenta con un miedo manifiesto o encubierto, sin embargo es diferente de un miedo o peligro o amenaza real, y que finalmente puede servir para la adaptación a la vida. Muestran cuatro modelos de ansiedad que son:

1. ***Ansiedad normal:*** es adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica y aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave.
2. ***Ansiedad anormal:*** es inútil, excesiva, inapropiada, no sirve para adaptarse por lo contrario dificulta el rendimiento y la adaptación misma.
3. ***Ansiedad reactiva:*** motivada por un desencadenante; por una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo, puede ser normal y servir para enfrentarse a ella, o anormal y dificultar la adaptación.
4. ***Ansiedad endógena:*** aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Gándara y Fuertes (1999), consideran que uno de los problemas de atención y manejo clínico del trastorno por ansiedad, es la diferencia que existe entre las categorías diagnósticas. Mencionan que la ansiedad tiene dos componentes principales que es el ***psicológico***: el cual incluye sentimientos racionales de miedo, tensión y pánico; y el ***corporal***: en el que existen manifestaciones automáticas y somáticas. En los niños puede ser provocada por factores externos específicos que pueden originar fobias situacionales, la ansiedad puede adquirirse o aprenderse de padres crónicamente ansiosos.

En el niño el problema de la ansiedad se vuelve más delicado puesto que no sabe expresar su inquietud, pues el niño no dirá que está ansioso o intranquilo ya que ignora el significado de dichas palabras (Aubert y Duobovy, 1993)

La ansiedad y otros trastornos que acontecen durante la infancia, pueden ser normales pero ante ciertas circunstancias se vuelven patológicas y persisten hasta la vida adulta, por lo que, para conocer más acerca del tema profundizaremos en la revisión bibliográfica y así poder obtener una perspectiva más amplia acerca de la ansiedad infantil.

3.1. De lo normal a lo patológico

El desarrollo psicológico normal se realiza a través de los logros sucesivos y progresos, lo que permiten al niño resolver las demandas del medio en que vive, como resultado de la conjunción de muchas actividades psíquicas diversas que se integran en la unidad de la personalidad infantil. Podemos observar que tanto el desarrollo psicológico normal como patológico en la infancia, con frecuencia están relacionados entre sí por lo que resulta difícil diferenciar cuando termina uno y donde comienza el otro (Rodríguez, 2000).

La familia es la primera en detectar cuándo un problema psicopatológico sobrepasa los límites de lo que se considera normal, pero la gravedad de un trastorno se guarda en las repercusiones que tiene a largo plazo, porque puede poner en peligro la vida o el equilibrio psíquico del niño, afectando seriamente el futuro de este.

Según Rodríguez (2000) un problema psicopatológico infantil puede ser cualquier comportamiento que hace sufrir al niño y a su entorno, limitando posibilidades de realización personal, actuales o futuras. La psicopatología clínica infantil, se interesa por los problemas psicopatológicos, ya sean menores o mayores. Aparecen y desaparecen y a veces se llaman fisiológicos, pero en ocasiones permanecen durante años y adquieren preocupación de las familias.

Existen dos grupos causales de los trastornos psicológicos infantiles, que son los genéticos y los adquiridos o bien orgánicos y psicológicos. Las experiencias que tiene un potencial patogénico originan reacciones de adaptación que en ocasiones son desestabilizadores y las respuestas pueden variar de acuerdo a los siguientes factores:

- *La intensidad de la vivencia.*
- *El valor y significado concreto que tiene para un niño*
- *El momento evolutivo en que un niño se encuentre, no solo a su edad sino a la maduración de su desarrollo de su personalidad.*
- *Las circunstancias o sucesos que preceden o siguen a la experiencia potencialmente patógena.*

Los trastornos infantiles se han considerado como desajustes, que implican una disminución del funcionamiento adaptativo, una desviación estadística, malestar o incapacidad inesperada y/o deterioro biológico (Marsh y Graham, 2001).

Para Sexto (2000), la ansiedad o la angustia en el niño, forman parte de los sentimientos o sensaciones inherentes a la especie humana, básicamente displacenteros, lo que hace más difícil detectar el límite entre lo normal y lo patológico.

Por lo que es importante hacer un seguimiento de la evolución de los signos y síntomas, que suelen sufrir modificaciones debido a la flexibilidad del desarrollo infantil. Estas manifestaciones pueden ir adquiriendo un carácter patológico cuando perduran en el tiempo más allá de lo habitual (más de seis meses) o cuando imposibilitan un desarrollo armónico en el hogar, en la escuela o en el mundo exterior.

Evidentemente la normalidad es relativa, en todos los niveles, tanto individual como colectivo, por lo que no es fácil definir. No se le puede considerar sino en su momento dado, en una situación determinada y dentro de un contexto sociocultural particular. Por tanto el terapeuta debe ser muy prudente con respecto a la patología del niño, observar si la anormalidad sobrepasa la simple esfera familiar o escolar, si esa normalidad perturba el presente del niño o si es susceptible de comprometer su futuro (Aubert y Duobovy, 1993).

El niño atraviesa a lo largo de su desarrollo por varios procesos de maduración física y psíquica, por lo que se puede hablar de niños normales, que han establecido sistemas defensivos sólidos, socialmente aceptables. Lo que debe alertar al terapeuta, a los padres y a los educadores, es el malestar presente del niño que se puede expresar de muchas maneras, así como la incidencia que tenga este malestar en el futuro de su personalidad.

Entre el niño normalmente ansioso y el niño patológicamente angustiado, la diferencia radica en los síntomas objetivamente observables como la inestabilidad, verborrea, problemas del sueño, dificultades escolares, entre los más importantes y desde luego que entre la ansiedad patológica existen diferentes grados y de hecho se puede decir que la ansiedad es más o menos patológica haciendo referencia a la *ansiedad primaria* y a la *ansiedad reactiva*.

La *ansiedad primaria* no solo es normal sino indispensable para el buen desarrollo del individuo, pues su presencia permite enfrentar situaciones de peligro por medio del establecimiento de mecanismos de defensa, de conservación, los cuales conservaran la integridad del individuo. Por lo tanto la ansiedad se vuelve patológica cuando sus mecanismos de defensa son ineficaces o inapropiados, es decir, que el niño no tiene medios para luchar contra aquello que percibe como angustiante, invadiendo su personalidad que evoluciona hacia una organización psíquica patológica.

Ahora bien *la ansiedad reactiva* funciona como una señal de alarma considerada como positiva, en el sentido en que permite reaccionar, tanto al niño como al entorno. Pues se manifiesta como un problema pasajero que debe atenderse a tiempo, para ayudar al niño a enfrentarse a esa angustia que surge violentamente.

El niño atraviesa a lo largo de su vida por diferentes estadios de evolución y cada estadio implica poner entre dicho el equilibrio del estadio anterior, lo que puede inducir cierta ansiedad. Como el niño no dispone de los recursos físicos o psicológicos del adulto, se encuentra completamente desarmado, si no haya él o los sustitutos apropiados que le permitan recuperar cierto equilibrio puede evolucionar hacia la patología. La ansiedad nace cuando irrumpe en el sistema de equilibrio un hecho que provoca una ruptura, un desequilibrio que el niño no puede controlar. Esta ansiedad puede mantenerse y convertirse en patológica e inducir trastornos neuróticos si no se introduce un nuevo equilibrio normal.

Aubert y Duobovy (1993) sostienen que todo cambio en un equilibrio dado es fuente de angustia y toda evolución es así mismo fuente de angustia, pero de una angustia que es normal en todos los casos y que incluso es vital porque permite reorganizarse en función de los nuevos parámetros.

3. 2. Ansiedad infantil y clasificación

Históricamente, la psiquiatría infantil, se fue conformando a partir de la clínica de los adultos y en el intento de una descripción fenomenológica a partir de los signos y síntomas, con el objeto de formular categorizaciones diagnósticas. Así que la ansiedad infantil se

conoció en la comunidad psiquiátrica desde el siglo XIX, y se ha creído que los síntomas de ansiedad en los niños son transitorios e inoocuos. Se consideraba que los miedos y las preocupaciones eran una manifestación normal en la niñez y que luego desaparecían con el tiempo (Mam, 1998).

Las primeras manifestaciones de ansiedad surgen como un desequilibrio fisiológico ante estímulos relacionados con la intuición. Pues desde el momento del nacimiento se ponen de manifiesto ciertas situaciones displacenteras, que el bebé manifiesta por medio del llanto, como el hambre, el frío o cólicos; la madre aprende a reconocerlas y calmarlas, por lo que el bebé registra la respuesta a su demanda y después de varias experiencias logra desplazar esa sensación negativa a una de asociación, que le permite establecer un lazo, lo que da lugar en el ser humano al sentido de pertenencia.

La ansiedad infantil está ampliamente ligada a un mecanismo de protección ante los peligros del entorno. En la primera infancia la ansiedad se manifiesta en forma de miedo a estímulos específicos reales como a los ruidos o a los animales; imaginarios como a los fantasmas y monstruos; y miedo a la separación de las figuras de apego (Sandín, 1997; en Santacruz, Origeles, Rosa, et.al, 2002).

Sandín, (1997; en Santacruz, Origeles, Rosa, et.al, 2002), definen a la ansiedad como una respuesta anticipatoria de una amenaza que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a la activación del sistema nervioso autónomo.

Menciona que la ansiedad se puede generalizar y se considerar un estado persistente de ansiedad, de naturaleza cognitiva, de difícil control, cuyo diagnóstico en la infancia requiere que el niño manifieste ansiedad y preocupación excesiva al menos durante seis meses con referencia a una gran diversidad de situaciones o momentos. Impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño y tensión muscular son algunos de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

En edad preescolar, el niño va adquiriendo pautas autovalorativas que le van a permitir la separación paulatina del entorno familiar. En esta transición adquiere la capacidad verbal para expresar sus miedos. Entre los 5 y 6 años el niño va concretando la socialización y

objetivación del pensamiento, que le permite comenzar a separar sus afectos, por lo que, adquiere la capacidad de transmitir algunos miedos concretos.

Las crisis de ansiedad en los niños pueden presentarse solo de noche, con pesadillas que se caracterizan por movimientos, gritos o se despierta con temores que le impiden volver a dormirse con facilidad; terrores nocturnos en el que se manifiesta una vivencia pavorosa que es difícil calmar, la situación finaliza al retomar el sueño sin conciencia de lo sucedido; y con trastornos de alimentación, que van desde el rechazo del alimento hasta náuseas, vómitos espontáneos o provocados.

Se sabe que la ansiedad está relacionada con sentimientos psicológicos subjetivos desagradables. Los síntomas generales incluyen insomnio, pesadillas y problemas de concentración, así como la memoria. (Kolvin y Kaplan, 1988; en Mam, 1998). Se encuentra que las conductas de evitación refuerzan los episodios de ansiedad severa. Este tipo de respuesta puede ser perjudicial y afectar el comportamiento y relaciones sociales, al extremo de interferir en el funcionamiento normal y cotidiano del niño.

Para el DSM-IV-TR el trastorno de ansiedad infantil se caracteriza por la excesiva ansiedad ante la separación de las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de estas situaciones, y se acompaña de una serie de síntomas como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente, negativa a ir a la escuela, a permanecer o dormir solo.

En realidad existen diversas categorizaciones para la ansiedad infantil, pero en este apartado destacaremos solo las más relevantes, comenzando por la establecida según el DSM-IV (Mam, 1998), en la que los trastornos de la niñez se clasifican en:

- ✓ *Trastorno por angustia de separación:* se caracteriza por un apropiado desarrollo y una excesiva ansiedad sobre la figura de apego principal. Es más frecuente en niños que en niñas y lo presentan entre el 3% y el 4% de los chicos en edad escolar. Puede ser transmitida desde los padres al niño por modelamiento directo y se manifiesta de diferente manera de acuerdo con la edad.
- ✓ *Trastorno por ansiedad generalizada:* preocupación excesiva y persistente, acompañado de gran variedad de síntomas somáticos que causan notables

perturbaciones en el funcionamiento social o laboral del sujeto o le causa un intenso malestar. No existe una edad elemental de inicio, pero se sabe que tiene lugar en edades muy tempranas.

- ✓ *Fobia social y fobia específica:* una fobia es un miedo irracional que provoca una evitación consciente del objeto, actividad o situación temida que provoca un malestar intenso. La reacción fóbica provoca una irrupción en el funcionamiento cotidiano normal. En la fobia específica el inicio es más frecuente que para las fobias de tipo natural-ambiental. La fobia a la sangre-inyecciones-muerte oscila entre los 5 y 9 años. La fobia social, en cambio, se sitúa en la adolescencia, aunque es frecuente en edades tan tempranas como los 5 años. Tanto los miedos como las fobias son muy comunes en la infancia, las cuales representan cambios normales en el desarrollo.
- ✓ *Trastorno por angustia:* presencia de angustia inesperadas, seguida de la aparición, durante un periodo de un mes como mínimo, preocupaciones persistentes por la posibilidad de aparecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con la crisis. Puede presentarse a cualquier edad, en niños y adolescentes, está relacionada con la separación parental y la muerte con alguno de los progenitores antes de los 17 años.
- ✓ *Trastorno obsesivo-compulsivo:* la obsesión es un pensamiento, idea, sentimiento o sensación, intrusivo y recurrente, una compulsión es un pensamiento o conducta recurrente. Las obsesiones incrementan la ansiedad de una persona mientras que el llevar a cabo las compulsiones o rituales la reducen, puede comenzar en la adolescencia o la infancia.
- ✓ *Trastorno por estrés postraumático:* es referente a los efectos secundarios experimentados a raíz de un evento desagradable o traumático, los síntomas asociados son la depresión, la ansiedad y las alteraciones cognitivas. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más prevalente entre los adultos jóvenes, aunque los niños también pueden presentarlo, produciendo un paro en el desarrollo emocional de la persona con gran magnitud.

Para Birmaher y Villar (2000) los trastornos de ansiedad en los niños tienden a continuar en la vida adulta y a menudo dejan secuelas psicológicas, sociales, familiares y académicas. Es frecuente que el trastorno no se perciba porque:

- *Los niños ansiosos no tienen problemas graves de conducta*
- *El trastorno de ansiedad puede estar acompañado por otros trastornos psicológicos*
- *Suelen manifestarse con síntomas somáticos*
- *Algunas veces los síntomas se ocultan o se niegan.*

En la mayoría de los casos, algunos de los síntomas ocultan a los que verdaderamente son preocupantes para cada caso. En general los trastornos de ansiedad se manifiestan con síntomas motores, somáticos y cognitivos, tienden a aparecer y desaparecer por temporadas y su aparición o agravamiento suele estar relacionado con acontecimientos estresantes. Con frecuencia estos trastornos van acompañados de otros trastornos psiquiátricos, en particular de la depresión.

Los niños con ansiedad se preocupan excesivamente sobre hechos o acciones del pasado, el presente y el futuro, necesitan asegurarse de que hacen todo bien y preguntan constantemente a familiares, profesores y amigos sobre su funcionamiento. Les resulta muy difícil controlar sus preocupaciones, a menudo presentan irritabilidad, fatiga, tensión muscular, agitación, dificultad para concentrarse e insomnio. Birmaher y Villar (2000) mencionan que entre los trastornos que pueden presentar ansiedad están:

Trastorno de ansiedad por separación:

Los niños con este trastorno muestran síntomas de ansiedad al separarse de las personas a las cuales están apegados (padres, abuelos y hermanos, principalmente) o cuando están solos, experimentan síntomas cognitivos y somáticos, llegando a algunas veces a reaccionar con agresión verbal o física lo que lleva a veces a errores de interpretación, ya que pueden ser diagnosticados frecuentemente como niños opositores.

Fobia social:

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad persistente ante situaciones que pueden avergonzar o humillar a la persona, tales como: ir a fiestas donde no conoce a casi nadie, hablar o actuar en público, leer una tarea frente a la clase, comer con amigos o utilizar un baño público. Aunque el paciente reconoce que su ansiedad es excesiva, evita exponerse a todas o algunas de estas situaciones, porque cuando lo hace, experimenta mucha ansiedad con los cambios somáticos correspondientes. La fobia social es más común en adolescentes pero puede suceder en niños y generalmente estos pacientes son tímidos, inhibidos, rehúyen el contacto visual y son serios.

Trastorno por estrés postraumático:

Los síntomas de ansiedad aparecen después de que un niño ha sido expuesto a un trauma agudo o crónico que puso en peligro su vida o la de los otros a su alrededor y produjo intensa reacción de miedo o impotencia. Los pacientes con ese trastorno experimentan recuerdos involuntarios del evento por medio de ideas, imágenes, emociones o pesadillas, evitan ir a lugares donde ocurrió el evento, no hablan de lo ocurrido, inhiben actividades, emociones y pensamientos hasta el punto de sufrir periodos de disociación. También pueden sufrir uno o más de los siguientes síntomas: insomnio, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, irritabilidad y respuesta exagerada a los estímulos imprevistos. Los síntomas del estrés postraumático están directamente relacionados con la proximidad, duración y la gravedad del estímulo provocador. La psicoterapia familiar, el grado de soporte y la reacción de la familia al trauma pueden modificar el desarrollo de este trastorno.

Por su parte Echeburúa (1998) define a la ansiedad como una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Pero si esta ansiedad remite a estímulos específicos se habla propiamente de miedo, la mayoría de los niños experimentan muchos temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo.

El miedo ayuda al niño a evitar situaciones peligrosas, son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo, que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías (Gray, 1971; en Echeburúa, 1998).

- a) *Miedo a los estímulos intensos (ruidos, dolores).*
- b) *Miedo a los estímulos desconocidos (como por ejemplo el temor a las personas extrañas).*
- c) *Miedo a la ausencia de estímulos (la oscuridad).*
- d) *Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo (como la separación, las alturas y las serpientes u otros animales).*
- e) *Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.*

<i>Edad</i>	<i>Temores más frecuentes</i>
0-1 Años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
2-4 años	Animales. Tormentas.
4-6 años	Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación de los
6-9 años	padres.
9-12 años	Daño físico. Ridículo.
12-18 años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
años	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima.

Tabla 2. Miedos evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil. Retomado de Echeburúa (1998).

A medida que el niño crece y se desarrolla la capacidad de recordar el pasado y de prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez más en términos de peligros imaginarios o remotos, o en términos de desgracias que pueden afectarle en un futuro.

Los miedos infantiles dejan de ser transitorios y se convierten en fobias las cuales son una forma especial de miedo, entre las principales características están:

- a) *ser desproporcionadas a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o malestar y está relacionada con estímulos que no son objetivamente peligrosos.*
- b) *No se pueden eliminar racionalmente*
- c) *Están más allá del control voluntario.*
- d) *Aunque no son específicas de una edad determinada, las fobias infantiles suelen aparecer con más frecuencia entre los 4 y 8 años.*
- e) *Son de larga duración.*
- f) *Interfieren en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación.*

Echeburúa (1998) realiza la siguiente clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia:

Trastornos fóbicos

Fobias específicas

Fobia escolar

Trastorno de evitación

Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica

Ansiedad de separación

Ansiedad excesiva

Otros trastornos de ansiedad

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Tabla 3. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia

Trastornos fóbicos

Fobias específicas:

Algunas fobias específicas pueden interferir de una forma considerable en la vida cotidiana del niño, tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo en periodos que oscilan entre 1 y 4 años. Tanto la madurez neurobiológica del niño como sus experiencias de aprendizaje adquiridas con la exposición directa y observacional a los estímulos temidos, explican la atenuación gradual de los miedos.

Fobia escolar:

Se refiere al rechazo prolongado que un niño experimenta al acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la escuela. El comienzo de la fobia escolar suele ser repentino en niños pequeños, se manifiesta en forma de quejas y trae como consecuencia cierta resistencia a la hora de ir a la escuela.

Esta fobia está habitualmente acompañada de síntomas físicos de ansiedad (taquicardia, trastornos del sueño, pérdida de apetito, palidez, náuseas y vómito, dolor abdominal, diarreas, dolor de cabeza, entre otros) y de una anticipación cognitiva de consecuencias negativas asociadas a la escuela (temor a los castigos de los profesores, miedo a la ridiculización por parte de los compañeros, evaluación negativa de los propios recursos intelectuales o académicos), así como una relación muy dependiente con la madre y de la reproducción de temores inespecíficos (a la oscuridad, a los ruidos).

Entre los factores facilitadores de la fobia escolar se encuentran dos tipos de variables (Ollendick y Mayer, 1984; en Echeburúa, 1998):

- a) *Factores relacionados con la escolaridad, como el temor a un profesor, mal rendimiento escolar, dificultad al relacionarse con compañeros, acomplejamiento por apariencia física o conflictos entre los padres y la administración de la escuela.*

b) Sucesos vitales, como una enfermedad prolongada, la separación de los padres o el fallecimiento de unos de ellos.

La fobia escolar puede detonar la existencia de una fobia específica (temor a ser herido en los juegos del recreo), de una fobia social (temor a ser ridiculizado), de un trastorno obsesivo-compulsivo (temor a ser ensuciado), o de una ansiedad de separación.

Cuando los niños comienzan el preescolar no saben cómo será la nueva situación que encontrarán en la escuela y al principio se sienten mal por separarse de sus madres. No obstante algunos se adaptan con facilidad, mientras que otros experimentan grandes dificultades algunas veces perdurables. Todo depende de las señales que el niño reciba de su madre. Si le dice que se trata de una situación deseable, donde no hay nada que temer, aceptará con placer la nueva experiencia, pero si observa en sus reacciones que ella está desolada y que no tiene ganas de dejarlo partir, el desconcierto inicial del niño se agrava, entonces la ansiedad materna mucho más que la del niño, desencadena el proceso.

Un niño armado física y psicológicamente supera muy bien esta prueba aunque exista un periodo del todo comprensible de fluctuación. Para el niño ansioso el problema es otro, pues se trata de una nueva prueba para él. Su grado de ansiedad a veces puede ser insuperable, lo que para otros niños no es más que una dificultad menor para él se convierte en una dificultad enorme, porque de deberá obtener resultados, rendir cuentas, adaptarse a los compañeros y al profesor. El niño demasiado ansioso no tiene disposición intelectual porque está muy preocupado con su propia angustia, para él se trata de protegerse de todo aquello que pueda destruirlo. (Aubert y Duobovy, 1993).

La escuela puede ser entonces, para un niño frágil, fuente de ansiedad, puesto que pasa de un sistema de referencia conocido a otro desconocido, lo que implica perder el equilibrio. La escuela se convierte en un problema para un niño ansioso porque representa exigencias, demanda una producción y una gran disponibilidad psíquica que el niño ansioso no siempre tiene.

Trastorno de evitación:

Se caracteriza por la excesiva evitación del contacto con personas desconocidas e interfiere a las relaciones sociales con los compañeros de juego o de colegio. Los niños afectados con este trastorno tienden a intensificar las relaciones con personas cercanas a su entorno como la familia y los amigos. Este trastorno se diagnostica solo a partir de los 2,5 años, para descartar la posibilidad de que se trate solamente de un temor evolutivo normal a las personas extrañas al niño. Estos niños suelen ser inseguros, tímidos, con poca confianza en sí mismos y poco asertivos. La timidez de estos niños va más allá de las reservas naturales que muchos niños muestran en las primeras fases de las relaciones sociales con desconocidos.

Trastornos de ansiedad sin evitación específica.

Ansiedad de separación:

Es la ansiedad que el niño experimenta cuando se separa de sus seres queridos, principalmente la figura de apego. Este tipo de ansiedad constituye un sistema de protección en los primeros años de vida del niño, defendiéndolo de los peligros a los cuales se pueda enfrentar. Dicha ansiedad puede adquirir un carácter patológico cuando el niño se aleja de los padres como por ejemplo cuando ingresan a la escuela, pues la dependencia del niño respecto a la madre adquiere rasgos dramáticos.

Ansiedad de separación y miedo a la escuela:

La fobia escolar se ha considerado como una manifestación de la ansiedad de separación. Se trata de un problema de ansiedad por separarse de la madre antes que de un temor a la escuela. Si el niño manifiesta conductas de ansiedad solo cuando se separa de la madre para ir a la escuela, se trata de una fobia escolar, pero si las conductas de ansiedad emergen ante cualquier tipo de separación, se trata de una ansiedad de separación.

Ansiedad excesiva:

Se caracteriza por la presencia de ansiedad persistente y generalizada en situaciones muy diversas. Entre los estímulos suscitadores de ansiedad se encuentra el rendimiento escolar, la opinión de los demás, las relaciones sociales, el funcionamiento deportivo, el temor a accidentes. Se manifiesta en componentes somáticos como conductas de inquietud psicomotriz, disfunciones gastrointestinales o trastornos del sueño. Algunos de los indicadores de que los niños son ansiosos pueden ser: que se muestran retraídos y no activos y aislados ante la participación social y experimentan malestar ante cualquier estímulo.

Otros trastornos de ansiedad

Trastorno obsesivo-compulsivo:

La dificultad surge cuando la conducta compulsiva perturba la vida del niño, cuando el ritual supone una implicación alta de los padres o cuando la interrupción del mismo por parte de los padres causa pánico en el niño. Generalmente aparece alrededor de los 9, 5 años en los niños y a los 11 años en niñas, este problema puede surgir con más frecuencia en niños que experimentan sentimientos de culpa.

Las compulsiones de un niño lo pueden mantener ocupado durante más de dos horas, implicando a los padres y a los hermanos en la ejecución de los rituales. El trastorno compulsivo puede estar relacionado con diversos tics, fobias y la depresión, así como la anorexia nerviosa.

Rituales evolutivos normales:

Las conductas rituales y las perseveraciones son un rasgo de normalidad entre los 7 y 8 años de la vida infantil, son de carácter lúdico, funcionan para controlar la ansiedad y facilitan la socialización. Las creencias mágicas, los rituales y las supersticiones se encuentran bajo el control del niño y no interfieren habitualmente en la vida del niño.

Los rituales más frecuentes entre los 3 y 6 años están relacionados con las comidas, el baño y la conducta de acostarse, como por ejemplo siempre escuchar un cuento por parte de la madre, tomar vasos de agua, recibir besos repetidamente, son un intento de control de los miedos de esta edad. Los comportamientos rituales tienden a disminuir a medida que el niño se acerca la adolescencia y comienza a afrontar las situaciones habituales de la vida cotidiana.

Pero los rituales obsesivo-compulsivos perduran por más tiempo, pues la conducta impulsiva toma por objetivo la reducción de la sensación de malestar, se interrumpe el ritual con malestar, irritabilidad e interfiere con la vida cotidiana del niño y desde luego en su desarrollo general.

Trastorno mixto de ansiedad y depresión:

Tal como ocurre en los adultos, las conexiones entre la ansiedad y la depresión son múltiples. La relación entre ansiedad y depresión no se limita a la ansiedad de separación, se puede decir que la ansiedad y la depresión tienden a presentarse simultáneamente en el trastorno de ansiedad y es aún mayor en la ansiedad por separación.

Como se ha observado los trastornos de ansiedad pueden repercutir negativamente en la vida cotidiana del niño y su familia, por lo tanto lo más conveniente sería intervenir tan pronto como se detecten. Existen variadas técnicas que ofrecen resultados favorables ante el tratamiento de este trastorno, sin embargo en este trabajo nos concentraremos específicamente en el enfoque cognitivo-conductual, que constituye una alternativa terapéutica, que hasta el momento ha probado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia así como en la adolescencia.

Se sabe que cada niño tiene su propia identidad, y hace que una misma causa pueda generar respuestas diferentes. Así que la elaboración del juicio clínico, la elección y la aplicación del tratamiento debe ser siempre multimodal e integral: psicológico, biológico, familiar y social (Rodríguez, 2000).

3.3. Diagnóstico

Rodríguez (2000) sugiere que para efectuar un diagnóstico de trastorno por ansiedad en un niño, hay que tomar en cuenta: la edad y etapa de desarrollo en la que se encuentra, pues existen ansiedades típicas de una edad y no de otra, así como ansiedades propias de cada etapa que no constituyen patología, pues es distinto un cuadro de ansiedad de separación a los 3 años es distinto que a los 12 ó 15 años, por ejemplo; es más frecuente que aparezcan distintos cuadros de ansiedad en los periodos de crisis del desarrollo, ya que en edad infantil existe mayor inestabilidad emocional y mayor conflicto con el medio; ciertos eventos como las características de la interacción familiar, las características de los padres, la presencia de un hermano con problemas o no, el nivel de exigencias de la escuela y la familia pueden afectar en la vida del niño; es necesario considerar las características temperamentales, conductuales, efectivas y cognitivas, las cuales, pudieran estar en relación con el rendimiento escolar, de acuerdo con el esfuerzo y las capacidades de cada niño; existen algunas situaciones en la vida del niño que son esperadas y otras no, que pueden evocar momentos de crisis generando ansiedad, las cuales pueden ser por:

- *El nacimiento de un hermano*
- *Viajes de los padres*
- *La pérdida de algún ser querido*
- *El alejamiento de alguna persona importante para él*
- *Crisis familiares (como la separación de los padres)*
- *El cambio de ciudad o de país*
- *Experiencias traumáticas*

Lo más importante de estas situaciones es que si evolucionan positivamente, las manifestaciones también lo hacen. Resulta importante mencionar que, las situaciones difíciles o características de la personalidad de los padres generan ansiedad crónica que se instala y es muy difícil de modificar por ejemplo:

- *Un conflicto crónico entre los padres*
- *Las exigencias excesivas de los padres que llevan a un estrés y un agotamiento*
- *Un clima de crítica constante*

- *La inestabilidad familiar*
- *El afecto condicionado*
- *Un sistema escolar que no da respiro y que es un perpetuo entrenamiento*

El objetivo del diagnóstico psicopatológico en la infancia es conocer el mayor número de elementos posibles para poder intervenir. Justamente el proceso de conocimiento de un problema clínico necesita de cuatro elementos clave al emitir un juicio de diagnóstico, que son: una actitud adecuada en el clínico, para poder establecer una relación de colaboración, de coparticipación y de no directividad; el empleo de la intuición, inducción y la inferencia; así como de la aplicación de conocimientos técnicos y científicos, auxiliándose de la observación que permitirá ofrecer un diagnóstico, una observación respetuosa y que exige paciencia, al mismo tiempo que debe ser neutral (Rodríguez, 2000).

Primera fase	Identificación del problema Planificación del procedimiento
Segunda fase	Recabar información
Tercera fase	Elaboración de la información Integración de los resultados
Cuarta fase	Formulación de la hipótesis diagnóstica
Quinta fase	Comunicación de los resultados Redacción del informe

Tabla 4. Fases del proceso de diagnóstico (retomado de Rodríguez, 2000).

3.4. Evaluación

En la evaluación de los trastornos de ansiedad infantil, los especialistas se enfrentan con la difícil tarea de diferenciar las expresiones de ansiedad: normales, transitorias y apropiadas para el desarrollo, de los estados patológicos de ansiedad (Parmelee y Brace, 1998).

Muchos de los instrumentos de evaluación utilizados para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad de la infancia son simples extrapolaciones de los instrumentos

empleados en los adultos y es posible que con ellos no se capten la peculiaridades del desarrollo en lo referente a la ansiedad.

Los niños con ansiedad tienden a preocuparse excesivamente por su rendimiento y competencia sin que exista un examen externo de estos, son considerados con frecuencia niños perfeccionistas y cautelosos y buscan con frecuencia ser tranquilizados. Dado que no pueden dejar de preocuparse, estos niños se muestran poco atentos, inquietos, tensos e irritables. Además estos niños presentan manifestaciones somáticas, como dolores de estómago y cefaleas.

Haeussler (2000), menciona que para poder brindar al niño ayuda específica y eficaz de tipo psicoterapéutico es necesario que exista un síntoma que indique que hay un sufrimiento en el niño. Este síntoma puede inquietar en exceso el ambiente que rodea al niño, que se inserta en el cuerpo del niño, bajo la forma de un problema digestivo, alteración del sueño o manifestaciones cutáneas, por lo que en la búsqueda, el adulto se inclinará por una repuesta somática antes que psicológica. Dicho autor considera que la ansiedad se puede manifestar a cinco niveles:

1. A nivel físico:

- *Movimientos de los ojos*
- *Sudoración de las manos*
- *Inquietud*
- *Respiración entrecortada*
- *Gestos desordenados*
- *Lentificación*

2. A nivel emocional:

- *Temores*
- *Preocupación*
- *Incomodidad*
- *Sufrimiento*
- *Sensación de peligro inminente*
- *Culpas*
- *Temores a la muerte*
- *Angustia por la muerte de los padres*
- *Fobias a objetos a situaciones específicas*

3. En el área cognitiva:

- *Inhibición intelectual*
- *Desinterés*
- *Descenso del rendimiento*
- *Dificultad para organizarse*

4. En el área social:

- *Inhibición*
- *Agresividad*
- *Inquietud*

5. En el área somática:

- *Alopecias*
- *Trastornos del sueño*
- *Dolores abdominales*
- *Cefaleas*

Y entre los instrumentos y técnicas de evaluaciones psicológicas más utilizadas para efectuar un diagnóstico de un cuadro de ansiedad infantil menciona los siguientes:

- *Test CAT y CATS de Bellak y Bellak*
- *Test de TAT de Murray*
- *Test de Rorschach*
- *Test de Phillipson*
- *Test de Patte Noire de Corman*
- *En general test proyectivos*
- *Evaluación psicométrica de CI de madurez y/o de trastornos del aprendizaje (lenguaje, psicomotricidad, lectura)*
- *Dibujo*
- *Pintura*
- *Títeres*
- *Juego con diversos personajes*

Para Haeussler (2000) los cuadros de ansiedad más frecuentes entre la población infantil son:

- *Ansiedad de separación*
- *Fobia simple*
- *Fobia escolar*

- *Cuadros de ansiedad generalizada reactivos*
- *Cuadros de ansiedad generalizada crónicos*
- *Cuadros de ansiedad ligados a una limitación intelectual*
- *Cuadros de ansiedad como un componente somático importante como:*
 - *Trastornos del sueño*
 - *Dolor de cabeza*
 - *Alopecias*
 - *Dermatitis*
- *Cuadros obsesivo-compulsivo*
- *Ataques de pánico*

Existen elementos que permiten diferenciar cada uno de estos cuadros en el diagnóstico, los cuales se manifiestan en diferentes modos de expresión del sufrimiento y de la ansiedad del niño por lo que se abordan en forma semejante.

Entre los instrumentos más utilizados para la evaluación de los niños con trastorno de ansiedad se encuentran las entrevistas semiestructuradas, que se emplean con el fin de obtener mayor flexibilidad durante el momento de la entrevista; las entrevistas estructuradas, es uno de los métodos más utilizados por los especialistas sin embargo puede variar su grado de estructuración de acuerdo al diagnóstico y organización; y las medidas de autoinforme, el cual posibilita el conocimiento de la experiencia interna del sujeto (Caballo y Simón, 2001). Lo que facilitará el diseño del tratamiento.

3.5. Tratamiento

El objetivo básico de la terapia cognitivo-conductual es aliviar el sufrimiento del niño, disminuir o eliminar los síntomas. Cuando se trata de ansiedad muchas veces se requiere un apoyo integral y la intervención de diferentes especialistas, según sea el origen de la ansiedad y desde luego las características del niño.

La individualidad, la crono dependencia y la comorbilidad, caracteres propios de la psicología evolutiva, propician la variedad y la dificultad para lograr la sistematización y ordenación para el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento (Rodríguez, 2000).

El primer objetivo del tratamiento es ayudar al niño a autoregularse para que aprenda a controlarse así mismo, así como los síntomas que preocupan o hacen sufrir a la familia y al propio niño, por lo que, Rodríguez (2000) considera que, para conseguir ese objetivo se debe actuar en diversos planos:

1. *Potenciando y estimulando lo que hay de positivo y válido del niño.*
2. *Creando nuevas conductas.*
3. *Manejando cogniciones y sus sentimientos para una mejor adaptación.*
4. *Reestructurando organizaciones psíquicas.*
5. *Disminuyendo o haciendo desaparecer o reduciendo síntomas.*
6. *A veces no es necesario intervenir sino mantenernos en una actitud de espera sin medicalizar, ni psicologizar. Hay que favorecer el desarrollo del niño, su organismo y los recursos que le son propios, facilitando su adaptación con el medio.*
7. *Hay que saber diferenciar con lo que la familia demanda y lo que el niño necesita, dando justo valor a cada síntoma y por supuesto individualizando el proyecto terapéutico.*

Rodríguez (2000) también sugiere que el proceso formal del tratamiento se puede realizar en tres fases:

1ª. Fase: Elaboración del proceso terapéutico.

Tras la integración de la información diagnóstica y de la formulación del juicio clínico, se planifica el tratamiento especificando los objetivos finales.

2ª. Fase: Selección de la modalidad y de la aplicación de la terapia.

Elección de la técnica y de la forma en que se configuran las distintas modalidades de tratamiento y aplicación organizada de las intervenciones.

3ª Fase: Seguimiento.

Se verifica la eficacia del tratamiento, si es necesario se modifican las estrategias y se reorganiza el proyecto terapéutico.

Este autor resume algunas sugerencias ante los principios fundamentales del tratamiento psicológico infantil:

- *Conocer muy bien la historia evolutiva etiopatogénica, para poder actuar desde raíz.*
- *Recordar que la esencia de la psicología infantil es la evolución de las estructuras alteradas y que los patrones psicopatológicos están siempre en continua interacción con el entorno.*
- *Valorar la alta Comorbilidad en psicología infantil y del adolescente.*
- *Los tratamientos deben ser multimodales, no emplear una sola vía de tratamiento, e integrar razonablemente las diferentes modalidades terapéuticas.*
- *No olvidar que el proceso de toma de decisión terapéutica de principio a fin debe ser flexible y debe tender siempre a favorecer el desarrollo integral del niño, estimulando su capacidad de adaptación y la interacción adecuada y fértil con el medio que le rodea.*

Rodríguez (2000) apunta que se puede ayudar al niño de diversas maneras, pues cree que en ocasiones será mejor no intervenir, esperando a que el niño resuelva la situación por sí solo, sin participación externa, con sus propios medios, quizá con el juego, la dramatización, dibujo o las posibilidades de grupo, la familia o la escuela.

Entre las técnicas más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual, en cuanto al tratamiento de la ansiedad infantil, se encuentran: técnicas de relajación, desensibilización progresiva, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas para que el paciente aprenda a pensar positivamente y a disminuir la tendencia a la preocupación excesiva (Birmaher y Villar, 2000).

Kazdin (1996; en Caballo y Simón, 2001) resume los hallazgos principales de la terapia cognitivo-conductual:

- 1) Los cambios conseguidos por, los niños que reciben psicoterapia son mayores que los de los niños que no la reciben.
- 2) El tamaño de los efectos de tratamiento con niños ha sido considerable a lo largo de un amplio rango de técnicas de tratamiento comparado incluso con efecto que se ha encontrado en adultos.
- 3) El efecto de tratamiento ha sido equivalente tanto en trastornos internalizantes (depresión, ansiedad, aislamiento social) como para trastornos externalizantes (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno social).
- 4) Los efectos del tratamiento suelen ser duraderos comprobados en el seguimiento después del tratamiento.
- 5) Los tratamientos producen efectos concretos (por ejemplo, disminución de la ansiedad) más que efectos globales o inespecíficos (por ejemplo, sentirse bien).

La evaluación de los tratamientos cognitivos para niños se torna complicado en el sentido de que se utilizan amplias intervenciones cognitivo-conductuales con múltiples elementos, por lo que puede ser difícil evaluar la eficacia de componentes específicos. Se debe tomar en cuenta las diferencias entre los aspectos ambientales del niño que están implicados en el tratamiento.

Kazdin (1996; en Caballo y Simón, 2001) considera que la ansiedad permite distinguir tres tipos de respuestas:

- a) Psicofisiológicas: notable incremento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en respuestas electrodérmicas, respuestas cardiovasculares y otras respuestas en diversas zonas del cuerpo.
- b) Motoras: el comportamiento motor infantil impide, pospone o interrumpe la interacción con los estímulos desencadenantes.
- c) Cognitivas: recurrencia a pensamientos o imágenes mentales relacionados con la situación fóbica.
- d) Enseñar a los padres a estimular positivamente las conductas y pensamientos que conlleven a mejorar los síntomas de ansiedad de los hijos y evitar estimular estos síntomas. Como los trastornos de ansiedad prevalecen en una misma familia, es

también importante evaluar a los padres y en caso que se les diagnostique algún trastorno de ansiedad, depresión u otros problemas se les debe ofrecer terapia individual o terapia familiar.

- e) Es importante educar a los pacientes, familiares, maestros y el resto de la población sobre la existencia, la fenomenología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, lo cual facilita la implementación de programas preventivos y el tratamiento oportuno del trastorno por ansiedad.

En conclusión, se puede señalar que la aplicación de técnicas con enfoque cognitivo-conductual, parecen ser una forma muy viable para el tratamiento de la ansiedad, por su flexibilidad de extrapolación hacia la población infantil, además de demostrar que los avances en la terapia perduran por más tiempo. Y como se pudo observar durante la revisión bibliográfica, cada caso es particular y que los parámetros resultan bastante generales y hasta superficiales, por lo que considerar características particulares del desarrollo infantil, resultan bastante útiles y determinaran el curso del tratamiento.

4. SEGURIDAD

Los fundamentos básicos característicos de la seguridad se establecen en los primeros años de vida y se perfeccionan durante los primeros años escolares y posteriormente en la adolescencia. Estos fundamentos deberán ser firmes, pues establecerán el soporte de todo el desarrollo emocional del niño, lo cual le permitirá construir un sentido de seguridad interior, sin embargo cuando estos fundamentos no son lo suficientemente sólidos los niños pueden enfrentar problemas, en fases tempranas y posteriores de su desarrollo. (Greenspan, 2004).

Para que un niño se sienta seguro, necesita descubrir que sus acciones logran un efecto y esto se puede transmitir por medio de expresiones faciales de sus padres o la figura de apego principal.

Cada día las familias cuentan con menos tiempo para estar juntas, esto hace que los elementos necesarios para cultivar las relaciones cercanas se pierdan con facilidad, por eso, es de suma importancia que las personas que cuidan a los niños les den afecto y protección ya que los encaminaran en el aprendizaje de relaciones personales y de hecho en su propia valoración personal.

4.1. ¿Qué se entiende por autoestima?

La autoestima es un estado o sentimiento, el cual se halla arraigado en el éxito de nuestro trato con el mundo, en el que sentirse y bien y hacerlo bien subrayan la parte positiva de la autoestima y la parte contraproducente sería tratar de inculcar directamente la autoestima a un niño (Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 2005).

En el término autoestima se incluye necesariamente una valoración y expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según cualidades subjetivas y valorativas. El sujeto se valora así mismo según unas cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. Así el concepto de autoestima es la conclusión final del proceso de evaluación y se define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Lila, 1995; en Cava y Musitu (2000).

La autoestima es una exigencia natural de la condición humana que consiste en aceptarse y amarse a sí mismo. La autoestima es posterior en tiempo a la estimación recibida de los otros y de cómo sea manifestada esa estimación en el origen de la persona; es posible que dependa en buena medida, la cualidad e intensidad de su futura estimación.

La autoestima se entiende como la íntima valoración que una persona hace de sí misma, es decir, que cada persona posee cualidades y características positivas, que son estimables y está en función de lo que nos proponamos ser o hacer, se encuentra ampliamente determinado por la relación que hay entre la realidad y con lo que potencialmente podemos lograr (Polaino, 2004). Puede aumentar o disminuir en función de los valores y el conocimiento personal, surge de la experiencia que cada persona tiene a cerca de como los demás la estiman, así que las relaciones que se establecen entre padres e hijos constituyen un importante factor en la naturaleza de la misma.

La autoestima es nuestro conocimiento y experiencia de quién somos y se refiere a lo bien que nos conocemos a nosotros mismos y a la concepción que tenemos sobre ello. Ahora bien la confianza en uno mismo se refiere a la medida de lo que somos capaces de hacer. De lo que hacemos bien y de lo que no hacemos tan bien, hace referencia a lo que podemos lograr y la confianza en uno mismo. Aunque la autoestima y la confianza en uno mismo son conceptos diferentes están conectados, es decir, si una persona tiene una buena autoestima, raramente la confianza en uno mismo será un problema. No hay nada malo en intentar animar la confianza en uno mismo si una persona tiene poca autoestima, la falta de confianza en uno mismo no es un problema psicológico, sino un problema pedagógico que puede resolverse con la ayuda de comentarios objetivos y aumentará con los logros obtenidos (Juil, 2004).

Los niños desarrollan señales que los adultos consideran, erróneamente, claves para llamar la atención, sin embargo es una forma de pedir que se les observe como son y sienten en realidad, un deseo que no son capaces de expresar con un lenguaje personal y directo.

Juil (2004) cree que los niños deben ser responsables sobre tres tareas en la vida: *sus sentidos* (lo que sabe bien, lo que sabe mal lo que huele bien o lo que huele mal), *sus sentimientos* (la felicidad, el amor, la felicidad, la frustración), *sus necesidades* (la sed, el

hambre, el sueño), pues cuando crezcan deberán ser responsables de los intereses que tienen en su tiempo libre, de su educación, de la elección de su ropa y de sus creencias religiosas.

Desde que nacen, los niños son capaces de indicar las posibilidades de su responsabilidad e integridad personal mediante el uso de sonidos y gestos. Lo cual implica que los niños pequeños son muy competentes en la comunicación de sus límites y en saber lo que quieren y necesitan, aunque a menudo necesiten ayuda para transformar de manera clara sus necesidades y límites.

La aceptación de sí mismo es de vital importancia, aceptarnos como somos y de cierta manera nos conformamos enteramente con ello, luchar por acrecer, valorar y desarrollar todo lo bueno que hay en nosotros. El hombre está llamado a ser lo máximo que pueda y deba ser, para hacer felices a los demás y estimarse como consecuencia de ello. Las trayectorias de la felicidad consisten, sintetizándolo mucho, en atreverse en ser cada uno quien es, para llegar a ser mejor de lo que se es, aun cuando en ese intento se tenga que sufrir.

No hay autoestima sin valores, pero tampoco hay valores que inicialmente no se nos hayan dado o mostrado por alguien. Los valores generalmente trascienden de persona a persona, posteriormente se desarrollan por cada una de ellas en función de cómo se haya esforzado y empleado su propia libertad. Se es libre cuando se puede disponer de sí, cuando una persona puede darse a quien quiere, cuando uno puede entregarse a los demás.

La autoestima varía con el tiempo haciendo que la persona algunas veces se estime y otras se desestime, se presentan en grados diferentes y depende en su mayoría de las circunstancias personales. De cierta manera se puede entender como una manifestación de la apertura del ser humano, pero existen tres enemigos de la autoestima en el contexto familiar, según lo considera Polaino (2004):

Ensimismamiento: estar ensimismado es no percatarse de quienes nos rodean, condenar a la indiferencia a los otros, que son de suyo diferentes. Constituye la peor de las formas posibles de estar invisibles, pues implica una cierta desnaturalización del otro y del propio yo.

Individualismo: surge como la arrogancia, la persona está encerrada y clausurada en su propio ser. El individualismo no es compatible con la autoestima ni con la estimación de nadie. El individualismo surge cuando un miembro de la familia se atribuye un valor predominante de finalidad respecto de la comunidad de la que forma parte.

Narcisismo: la persona narcisista solo está pendiente de su propia persona, de su autoimportancia, de sus posibles éxitos a los que casi siempre considera como ilimitados, carece de empatía, es decir que es incapaz de ponerse en la situación de la otra persona, por lo que no puede abrirse hacia nadie.

La familia es el ámbito idóneo para que todos sus miembros crezcan más y mejor en la autoestima, cada miembro es estimado por sí mismo, con completa independencia de quien sea quien se estime o resulte estimado por otro.

Es a través de su comportamiento, que los padres se conducen como un espejo en el que los niños se reflejan, imitándolos y comparándose con sus padres. A medida que la conducta imitada se repite, el niño acabará por interiorizarla, asumiéndola e integrándola como propia.

Rosenberg (1965, et.al. En Polaino, 2004) menciona que algunas de las actitudes que los padres deberían mostrar ante el desarrollo de la autoestima de sus hijos son:

1. *Aceptación incondicional, total y permanente de los hijos*, con independencia de sus cualidades y formas de ser.
2. *Afecto constante, realista y estable*, sin altibajos o cambios bruscos como consecuencia de las variaciones del estado de ánimo, de la impaciencia o del cansancio de los padres.
3. *Implicación* de los padres respecto de la persona de cada hijo, de sus circunstancias, necesidades y posibles dificultades.
4. *Coherencia personal* de los padres y es hecho de que dispongan de un estilo educativo que este presidido por expectativas muy precisas y que se establezcan límites muy claros.
5. *Valoración objetiva del comportamiento* de cada hijo, motivándoles a que sean ellos mismos, elogiando sus esfuerzos y logros y censurando sus errores y defectos.
6. *Proveerles de la necesaria seguridad y confianza*, que les reafirma en lo que valen y les permite sentirse seguros de ellos mismos.

4.1.2. La autoestima en el preescolar

Alrededor de los cuatro años los niños tienen una visión del mundo en términos de maravilloso, creen que todo es posible, son curiosos en cuanto a la vida, y son expresivos de acuerdo a sus intereses. Casi siempre desean que todo sea divertido por lo que prefieren realizar actividades que sean placenteras y emocionantes. Es por eso que cuando en la escuela les enseñan letras o números de manera tradicional muestran algún grado de aburrimiento, sin embargo hay niños que encuentran muy emocionante el reto de aprender (Greenspan, 2004).

El ámbito escolar constituye un contexto de especial relevancia para el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño. La imagen de sí mismo se comienza a crear en el seno familiar y continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción con el profesor, con sus compañeros y las experiencias de fracaso y éxito escolar. Se ha confirmado que los escolares utilizan los éxitos y los fracasos académicos como índice de valoración y que los niños con un peor rendimiento poseen un peor autoconcepto (Cava y Musitu 2000)

En los años preescolares los niños invierten mucho tiempo en actividades solitarias o en juegos paralelos, las actividades asociativas, de colaboración y de juegos social se convierten en sucesos cada vez más frecuentes, con la edad estas actividades adquieren un carácter más grupal cada vez con más exigencias comunicativas y de coordinación. Conforme avanzan los años escolares los niños dejan de considerar a los otros como entidades físicas para percibirlos como sujetos psicológicos conscientes de que tienen ideas y puntos de vista diferentes al suyo.

Es frecuente que los niños se organicen formando grupos y su influencia será cada vez mayor conforme pasen los años escolares. Las percepciones que los niños tienen de sus compañeros de clase, les lleva a diferenciar entre niños preferidos y niños rechazados. En general, muestran preferencia por los niños que cooperan, que se implican en las actividades del grupo y que cumplen las reglas. Por el contrario no se sienten atraídos por aquellos niños que muestran comportamientos que son inapropiados según el contexto en el que se desarrollan.

No se sabe a ciencia cierta si el rendimiento escolar determina la autoestima, pero lo que es cierto es que tiene una gran influencia en la realización de la misma.

4.1.3. La autoestima y la educación en la familia y en la escuela

La escuela es el ámbito natural donde el niño se socializa, desarrolla sus habilidades sociales y su personalidad comienza a forjarse. En el aula hay cierta jerarquía y reglas que hay que respetar, las relaciones del niño con el profesor, son de distinta naturaleza a las que mantiene con sus compañeros, el contemplar las reglas le servirá de entrenamiento para respetar y cumplir en un futuro las leyes civiles y las normas sociales.

Existe en la escuela una evaluación acerca de lo aprendido de carácter cuantificable, con distintas consecuencias tanto para el alumno como para la familia y compañeros de clase, para muchos padres las calificaciones que obtiene su hijo, son el único criterio para su valoración y por desgracia las calificaciones etiquetan al niño como aplicado o no, inteligente o no, perezoso o activo, distraído o atento, inquieto o tranquilo, por mencionar algunas. Este etiquetado social por parte de los profesores y compañeros es muy significativo para el niño, tanto que condicionará su autoestima (Polaino, 2004).

Actualmente se ha insistido mucho en la motivación del alumno, olvidando un poco la participación de padres y profesores, pues si estos no están motivados serán incapaces de motivar al alumno. Por tanto se debe tomar en cuenta que para enseñar puede ser suficiente con conocer el estilo de aprendizaje del alumno y ajustarse a él lo más posible, sin embargo para educar hay que conocer la persona entera y si es necesario, también a su familia.

Los diversos estilos educativos están ampliamente vinculados con respecto a la concepción de la autoestima, cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes (Polaino, 2004):

Sobreprotección: los padres que protegen excesivamente a sus hijos suponen que deben criarlos y educarlos, eliminando cualquier situación que puede resultar dolorosa o frustrante para ellos, resuelven las dificultades en que sus hijos se encuentran, pero no les enseñan a superarlas por ellos mismos, la consecuencia es que estos niños no aprendan a

enfrentarse a los problemas, ni desarrollan los sentimientos necesarios como la autoeficacia, capacidad y confianza en sí mismo.

Dependencia: en cierto modo la sobreprotección genera dependencia, hacer lo que un hijo puede hacer por sí mismo es sustituirlo, mientras que la persona que hace sus funciones tal vez se perciba necesaria para el niño. Los padres cuyo destilo educativo genera hijos dependientes, tal vez sean padres necesitados de que sus hijos les necesiten. Lo ideal sería que cada hijo se exija a sí mismo, el punto es estimular las fuentes naturales donde surgen las autoexigencias personales de los hijos.

Rigidez: esta educación frena el éxito, basada en los resultados enfatiza por encima de cualquier otro valor los logros alcanzados y enseña a los hijos a valorarse solo por lo que consiguen, asumiendo como criterio de valoración el triunfo y el reconocimiento social. La rigidez tiene aspectos positivos como el respeto, la humildad, el perfeccionismo así como el cumplimiento de normas establecidas, pero acaba por arruinar la creatividad, empobrece las relaciones humanas, dificultades para adaptarse a la realidad, afectando seriamente a la autoestima.

Perfeccionismo: la estima personal hace referencia a ciertos valores, pero el perfeccionismo no se considera como un valor, la perfección o su búsqueda es propio de la condición humana. El perfeccionismo arrastra tras de sí muchas y variadas consecuencias negativas como por ejemplo la rigidez, la imposibilidad de vivir la espontaneidad, dificultades para adaptarse, lentitud en el trabajo, la formalidad en todo cuanto se hace, concentración excesiva en muy pocas ideas dominantes, inflexibilidad, incapacidad para improvisar soluciones y existe una culpabilidad por no alcanzar el perfeccionismo deseado.

Permisivismo: supone la prohibición de toda norma a la que atenerse, hacer cada uno lo que le venga en gana, la ausencia de cualquier referencia que sea útil para guiar y dirigir el comportamiento del niño. El permisivismo de los padres pone de manifiesto cierto temor a perder el hijo si se le corrige o le lleva la contraria, al mismo tiempo de querer ganarse su cariño a costa de lo que sea.

Autoritarismo: el autoritarismo esteriliza el crecimiento de la personalidad, privando a la persona de su singularidad, se le trata de forma igualitaria en todo cuanto hace,

convirtiéndola en un número. El autoritarismo suscita rebeldía, emergen conflictos entre quien educa y el educando. El autoritarismo también ataca a la estima de la persona autoritaria, pues se percibe como una persona temida antes que amada.

Indiferencia: los padres indiferentes satisfacen las normas más elementales, pero no las más importantes como dedicar el tiempo necesario a los hijos. Se comportan como padres funcionarios, como padres ineficaces. Los hijos se perciben como incapaces de ser lo suficientemente buenos como para ser amados por sus padres.

Ausencia de autoridad: el estilo educativo en el que se encuentra ausente la autoridad no estimula el crecimiento personal de los hijos. La autoridad es una función natural de los padres que permite que los hijos se estimen justamente a sí mismos. Si los hijos perciben a los padres como personas sin autoridad, es difícil que encuentren modelos en que inspirarse para llegar a ser quienes quieren ser.

4.2. Apego infantil

El concepto de apego infantil se inició hace más de un siglo, para asignar la especial relación que se da entre el niño y su madre entre los primeros años de la vida infantil. Considerándola como el primer y más fuerte contacto de amor y la base primordial para todas las relaciones posteriores (Polaino, 2004).

El apego consiste en la vinculación afectiva, estable y consistente que se constituye entre un niño y su madre, como resultado de la interacción entre ambos. El apego se caracteriza por la necesidad que siente el niño de buscar y mantener cierto grado de proximidad y contacto físico con las figuras vinculares. La calidad del apego está determinada por la interacción que se establece entre ambos, es decir no solo por las conductas del niño sino también por las conductas de los adultos que de él cuidan. EL apego tiene un carácter estable, consistente e irreversible (Vargas y Polaino-Lorente, 1996, en Polaino, 2004). A través del apego es como el niño se abre al mundo y se adueña de él, mediante un comportamiento exploratorio y a través del habla.

El apego y la autoestima de cierta forma se corresponden proporcionadamente que casi llegan a superponerse. El niño experimenta una alta estima por su figura de apego, esta estima está entrelazada y fusionada con su propia autoestima, la estimación por su madre le condiciona, remite y hace que surja su autoestima personal, aunque todavía sea en un estado primitivo.

El apego es la vinculación afectivo-cognitiva, que se establece entre un niño y su madre y como consecuencia de sus interacciones se estructura la autoestima personal. Entre los diversos tipos de apego se describen los siguientes (Polaino, 2004):

Apego inseguro-evitativo o ansioso-evitativo: en este se agrupa a los bebés cuyos comportamientos se caracterizan por la percepción de la madre como una base que no es segura, juego exploratorio con independencia de ella, actitud negativa ante el contacto corporal con la madre, llora muy rara vez cuando se separa de ella, evita a la madre cuando se reúne con él, alterna conductas de búsqueda, proximidad y evitación. Cuando el niño percibe a su madre como una persona evitativa no se sentirá estimado en forma suficiente, experimentará inseguridad respecto de sí mismo, mostrará una actitud de indiferencia ante el contacto corporal, adoptará muy pronto su independencia que le aproximará a establecer relaciones con extraños, le costará expresar sus emociones de manera espontánea y natural y mantendrá una relación distante con las personas que quiere.

El apego seguro: los niños perciben a la madre como una base segura, juego exploratorio dependiente de la ansiedad que se suscite por la separación de la madre, actitud de búsqueda activa de contacto corporal y proximidad con la madre, conducta de toma de iniciativa y saludo activo durante la interacción. De acuerdo con estas características de apego la autoestima de estos niños está bien consolidada en una sólida seguridad capaz de resistir cualquier crítica que reciban. Aunque los niños actúan con independencia, buscarán el contacto con las personas que quieren cuando se encuentren en dificultades. El apego seguro moldea a la persona y la configura como una persona segura de sí misma, estable, activa y cooperativa con capacidad para tomar iniciativas, busca el contacto corporal, le gusta dar y recibir afecto, manifiesta sus emociones con facilidad y dispone de habilidades sociales.

Apego inseguro-resistente o ansioso-ambivalente: perciben a la madre como una base inconsistente, ansiedad de separación, dificultades para el juego exploratorio, actúan en espera de nuevas situaciones y en presencia de extraños, actitud negativa ante la separación que no desaparece al reunirse con la madre, sino que se prolonga en conductas de enfado o pasividad, la llegada de la madre no les proporciona confort, ni estimula el juego exploratorio, sino que continúan ansiosos por la anterior separación.

Es probable que la autoestima de este grupo de niños sea baja o tienda a la subestimación, que les cueste tomar la iniciativa y se muestren relativamente desconfiados respecto de cualquier futuro proyecto, que dependan en algún modo de la aprobación de los demás y de la forma en que le estiman y que sean muy vulnerables ante el temor de ser rechazados o abandonados.

Apego ansioso-desorientado-desorganizado: perciben a la madre como una base ambivalente y desorganizada, ansiedad de separación, confusión o desconfianza ante el juego exploratorio, evitación del contacto ocular comportamiento ambivalente ante la separación/reunión con la madre y desorganización del comportamiento de apego.

Al parecer la autoestima de estos niños esté muy disminuida y que aparezcan como preocupados y aprehensivos, dificultades para tomar decisiones o iniciar contratos sociales, se rehúsan a establecer nuevas relaciones sociales, puesto que las perciben como ambivalentes y siempre problemáticas y no se sienten cómodos con ellas.

Existen pruebas de que la privación del amor materno en la primera infancia, puede tener un efecto devastador en el desarrollo de la salud mental y la personalidad del ser humano. Entre los síntomas observados se encontró que si un niño se priva de los beneficios del cuidado materno, difícilmente sonreirá ante un rostro humano, puede tener mal apetito, o a pesar de estar bien alimentado, no aumentar de peso, duerme mal y no mostrar iniciativa alguna.

A continuación se describe al optimismo, un concepto estrechamente ligado y dependiente de la autoestima y que tiene que ver con todos los acontecimientos malos o buenos que el ser humano experimenta en la infancia y a través de toda su vida.

4.3. Optimismo

Para Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (2005) la base del optimismo no reside en las frases positivas o en las imágenes de victoria, sino en el modo en como uno piensa en las causas. Cada uno de nosotros posee hábitos relativos al pensar sobre las causas, un rasgo personal, un *estilo explicativo*, que se desarrolla en la infancia y si no se da una intervención explícita, dura toda la vida.

Los niños que presentan un mayor riesgo de depresión creen que las causas de los malos acontecimientos que les ocurren son permanentes. El niño pesimista cree que los malos acontecimientos provienen de defectos duraderos de su personalidad, mientras que el optimista piensa en cambios de humor y otros estados transitorios y por lo tanto modificables.

Si el niño piensa en sus fracasos, rechazos y obstáculos en términos de *siempre* y *nunca* tiene un estilo pesimista. Si califica y piensa en los malos acontecimientos con palabras como *a veces* y *últimamente* posee un estilo optimista.

Los niños optimistas y pesimistas responden también de manera distinta a los buenos acontecimientos que se dan en la vida, pues los niños que creen que los buenos acontecimientos tienen causas permanentes, apuntan a rasgos y capacidades que siempre poseerán, como ser un buen estudiante, ser simpático o ser amable, utilizan la palabra *siempre* cuando describen las causas de los buenos acontecimientos. Los niños pesimistas piensan en términos de causas transitorias; sus explicaciones de los buenos acontecimientos se califican con las palabras *a veces* y *hoy*, se dan por vencidos aun cuando logran sus objetivos, creyendo que sus logros fueron solo casualidad (Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham, 2005).

Algunos niños son capaces de delimitar nítidamente sus problemas y seguir con su vida, aun cuando una parte importante de ella se desmorone y otros lo pueden convertir en una catástrofe. Los niños que se aferran a una explicación global de sus fracasos se rinden cada vez que fracasan en un solo ámbito; los niños que creen en explicaciones específicas pueden sentirse incapaces en ese ámbito, pero avanzar con decisión en los demás.

Frente a los malos acontecimientos, los niños pueden culparse a sí mismos (interno) o bien pueden echarle la culpa a otras personas o circunstancias (externo) por lo que la

autoestima dependerá de ello. Los niños que habitualmente se culpan a sí mismos cuando fracasan poseen una baja autoestima, se sienten culpables y avergonzados. En cambio los niños que culpan a otras personas y circunstancias se sienten mejor consigo mismos cuando sobrevienen malos acontecimientos y tienen menos tendencia a enojarse.

Es conveniente que no se permita a los niños evadir sus responsabilidades y promover en ellos la capacidad de pedir disculpas y sentirse responsables cuando tienen la culpa y tratar de rectificar la situación, así como alentarlos a esforzarse mejor en cada intento.

El sentimiento de culpabilidad en el niño que es global y permanente se denomina *culpabilidad general*, se culpa a sí mismo y cree que el problema es un defecto de su propia forma de ser, daña la autoestima y produce pasividad y desesperación. El sentimiento de culpabilidad que es transitorio y específico se denomina *culpabilidad conductual*, el niño se siente culpable por una acción determinada sin atribuirlo a su forma de ser, apunta hacia una causa modificable y motiva al niño a que se esfuerce en cambiar su conducta para poder evitar el problema o superar el contratiempo, sin embargo la autoestima del niño también se puede ver afectada.

De acuerdo con Seligman (et.al, 2005) los niños escuchan como los adultos, interpretan sus propias desdichas y modelan su estilo, por decir, si un padre es pesimista el hijo está aprendiendo el pesimismo directamente del padre. El niño escucha atentamente, aprende el contenido específico de las explicaciones del padre, por lo tanto construye su propio estilo.

Recomienda poner mayor atención en la manera en cómo se critica a un menor pues se está conformando en el niño un estilo explicativo respecto de la culpabilidad, así que lo más adecuado es criticar al niño con un estilo explicativo optimista, es decir, que cada vez que se considere que el niño ha hecho algo mal nos debemos centrar en causas personales específicas y transitorias, sin faltar a la verdad y evitar echar la culpa al carácter o las capacidades del niño.

El autor considera que una censura exagerada da lugar a un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza que va más allá de lo necesario para alentar al niño a cambiar,

por lo contrario la falta absoluta de censura deteriora la responsabilidad y anula la voluntad de cambio.

Tanto padres como profesores deben estar atentos ante la perspectiva de que un gran número de éxitos harán optimista al niño, por lo que deben optimizar las condiciones para que puedan lograr un éxito tras otro.

PROPUESTA: “LA SEGURIDAD, ANTE LA ANSIEDAD INFANTIL EN EL PREESCOLAR” (Dirigido a padres)

Introducción

Hace muchos años, el objetivo de la educación de los niños era conseguir que obedecieran, se adaptaran y se portaran bien, en pocas ocasiones se hablaba de autoestima y la preocupación por falta de confianza en uno mismo surgía con las dificultades de aprendizaje, así que se llegó a la conclusión de que la falta de confianza se debía a que los padres corregían y criticaban constantemente a los hijos por lo que se dieron cuenta que la crítica destruye tanto la autoestima como la confianza en uno mismo y que curiosamente los elogios podían ser tan destructivos como las críticas (Juil, 2004).

Al comienzo de la edad preescolar es muy normal que existan algunos temores o preocupaciones que generalmente se deben a fantasías que el niño crea y considera parte de la realidad pues su edad no le permite discernir entre las dos. Canalizan sus temores a través de síntomas físicos, como dolores de cabeza y de estómago y aunque pudiera parecer un invento para el niño son muy reales, aun cuando son de origen psicológico. Por ello es muy importante proporcionar al niño mecanismos de expresión de sentimientos distintos de la manifestación física, pues no sabe cómo nombrar, expresar y demostrar sus emociones. Y los primeros años de escuela proporcionan a los niños la oportunidad de desarrollar nuevas habilidades que fortalecerán su sentido de seguridad (Greenspan, 2004).

Por esta razón Greenspan (2004) recomienda trabajar con padres e hijos, pues los primeros son quienes proporcionan tranquilidad, protección y afecto, considera que es muy importante pasar más tiempo con sus hijos y así se puedan expresar ayudándolos a elucidar sus sentimientos. En situaciones en que hay que tranquilizarlos hacer referencia a hechos reales y motivarlo a participar en actividades en donde ayude a otras personas. Pues los niños que tienen temores desmedidos quizá tengan dificultades para ser asertivos, entonces es necesario practicar diversas actividades que fomenten una actitud asertiva, por ejemplo jugar con amigos o modular discusiones entre hermanos.

Ahora bien el trabajo en un taller comunicativo con carácter asertivo, fortalece el aprendizaje a través de un efecto de retroalimentación donde se puede producir la interacción

padre- hijo o entre iguales y tener mayor impacto sobre los temas a trabajar, con el propósito de concientizar sobre la importancia de la seguridad como alternativa para que los preescolares puedan solucionar situaciones que les produzcan ansiedad.

Así la propuesta del presente proyecto es aplicar un taller expansivo para fortalecer el sentido de seguridad en los preescolares, el cual, está dirigido a padres en interacción con sus hijos, concientizándolos acerca de cómo el nivel del sentido de seguridad en sus hijos puede fortalecer las formas de enfrentarse a situaciones de ansiedad en etapa preescolar, y puesto que son los padres los primeros entes en crear contacto con sus hijos, los lazos de interacción que mantienen con sus ellos, ejercen una considerable influencia sobre su conducta y su enseñanza, por ello serán las principales fuentes de información acerca del desarrollo de sus hijos.

Temas:

- **INFANCIA**
- **ANSIEDAD**
- **SEGURIDAD**
- **JUEGO**

Objetivo general:

Concientizar a los padres sobre la importancia de la infancia, ansiedad, seguridad y juego a través de debates, dinámicas y/o manualidades, en interacción con sus hijos, descubriendo que el nivel del sentido de seguridad que sus hijos posean facilitará el control de la ansiedad generada en el preescolar.

Objetivos específicos:

- Promover información acerca de la infancia, ansiedad, seguridad y juego, brindando alternativas para favorecer la interacción padres e hijos.
- Promover a la seguridad como alternativa para minimizar la ansiedad generada en el preescolar.

Hipótesis:

Si se concientiza a los padres, de que sus hijos, pueden experimentar ansiedad ante situaciones difíciles en las que se encuentren solos y, que a través de una interacción positiva incrementarán el nivel del sentido de seguridad en sus hijos, entonces estos aprenderán a controlar situaciones de ansiedad, reforzándolos a través de la motivación grupal.

Procedimiento:

El taller constará de 5 sesiones de 80 a 100 minutos respectivamente;

- 1ª sesión estará enfocada a la familiarización y dar a conocer el propósito de dicho taller.

Objetivo general: amenizar la convivencia entre los integrantes del taller y dar a conocer la finalidad de este

Duración: 80 minutos

- 2ª sesión es referente al desarrollo infantil en la que se dará información acerca de los principales cambios en el desarrollo infantil.

Objetivo general: recabar y dar información acerca de la importancia del desarrollo infantil.

Duración: 80 minutos

- 3ª sesión se abordará la ansiedad y se concientizará a los padres de que los niños también pueden experimentar ansiedad.

Objetivo general: recabar y dar información sobre los efectos de la ansiedad en los niños así como brindar estrategias para afrontar la ansiedad generada en el preescolar.

Duración: 100 minutos

- 4ª sesión se hablará sobre seguridad, mostrándola como un factor favorable y poder enfrentar la ansiedad.

Objetivo general: estimular a los niños para que puedan ser capaces de establecer relaciones cercanas individual o grupalmente, por medio de la interacción con sus padres.

Duración: 80 minutos

- 5ª sesión estará enfocada al juego, reafirmando la necesidad propia de la etapa infantil como aprendizaje en la vida cotidiana.

Objetivo general: exponer al juego como proceso educativo a través del desarrollo del niño y destacar la importancia de establecer conexiones entre el comportamiento y los pensamientos del mismo.

Duración: 90 minutos

CONCLUSIONES

De acuerdo con Mussen (1998) la identificación, es un mecanismo fundamental en el desarrollo de la personalidad, que inicia en la familia, pues los padres sirven como modelos a sus hijos, a través de sus ideas, actitudes y comportamientos.

Se puede decir, que desde edad temprana los niños desarrollan la capacidad para: expresar de diversas maneras lo que sienten y desean; para interpretar las intenciones o estados emocionales de otros; para actuar en consecuencia a lo que perciben y de esta manera involucrarse en el proceso de socialización.

Habitualmente los niños ingresan a preescolar con aprendizajes sociales influidos por las características particulares de su familia y del lugar que ocupan en ella; sin embargo, la experiencia de socialización que se favorece en la educación preescolar implica iniciarse en un ámbito al que no estaban acostumbrados, pues se vuelven alumnos, es decir, participan para aprender de una actividad sistemática, sujeta a formas de organización y reglas interpersonales que demandan nuevas formas de comportamiento, y se vuelven miembros de un grupo de pares que tienen estatus equivalentes, pero que son diferentes entre sí, sin un vínculo previo y al que une la experiencia común del proceso educativo y la relación compartida con otros adultos, entre quienes la educadora representa una nueva figura de gran influencia para ellos (PEP, 2011).

Con frecuencia se comete el error de comparar los logros obtenidos por un niño con los demás integrantes de un grupo, e incluso entre hermanos, lejos de implementar alguna técnica de motivación, lo único que se está logrando es desmoralizar al niño, recalcándole que no puede o no es capaz y que siempre habrá alguien mejor que él, dando lugar a cierta inseguridad en cuanto a autoestima se refiere, haciéndole notar al mismo tiempo que su persona vale en la medida en que obtenga tantos logros como sea posible.

Se ha podido observar que los niños de 3 años tienen mayor dificultad para integrarse a un contexto novedoso y se hacen más notorias las diferencias individuales en tanto menor es su edad. Por ello resulta significativo conocer cómo los niños de preescolar expresan sus necesidades y deseos, por lo que al introducirlos al ambiente escolar deberán encontrar en él,

referentes afectivos y sociales parecidos a los que han aprendido en su entorno familiar (PEP, 2011).

Según el PEP (2011) los procesos de desarrollo personal y social son de carácter progresivo, por lo tanto a medida que el niño prospera en su desarrollo, integra a su sistema estrategias que le han sido funcionales en el manejo de situaciones difíciles, lo que le permitirá seguir fortaleciendo la seguridad emocional a nivel personal. Es decir que el desarrollo personal y social de los niños como parte de la educación preescolar integra patrones culturales y familiares particulares a las expectativas de un nuevo contexto social, que puede reflejar la cultura del hogar, así que la relación de los niños con sus pares y la maestra tienen un papel central en el desarrollo de habilidades de comunicación, de conductas de apoyo, de resolución de conflictos y de la habilidad de obtener respuestas positivas de otros.

Se ha confirmado que la ansiedad y otros trastornos que acontecen durante la infancia, pueden ser normales con tendencia a patológicos, los cuales pueden perdurar o florecer en la vida adulta. Y en la familia acontecen un sin número de situaciones satisfactorias o insatisfactorias que marcaran de por vida al individuo. Pero también la escuela juega un papel muy importante en la vida del niño y en el desarrollo de su autoestima.

Y de acuerdo con Polaino (2004) si la educación familiar no funciona, la autoestima de los hijos resultará dañada a lo largo de su desarrollo, puesto que los hijos tienen necesidad de muchas cosas, de que se les conozca y se les acepte como son. Proveerles la afirmación suficiente en su valer como para sentirse seguros, atenderles en cualquiera de sus manifestaciones, con cierta naturalidad y sin prejuicios, justo en el momento en que lo requieren y jamás dejarlo para después por muy importantes que sean las actividades cotidianas que se desempeñen, exigirles de manera habitual, contar con ellos de acuerdo a sus opciones de aportación, hacerles cumplir como cualquier otro miembro de la familia, brindarles comprensión y manifestar el afecto que se tiene por ellos.

Insiste en que el afecto de los padres nunca debería estar en función o condición de algún logro, por importante que este sea. El amor de los padres es lo que proporciona seguridad a los hijos y no admite y no debiera admitir acuerdos de ninguna clase. Como amor

incondicionado que es, proporciona al niño la confianza que precisa para seguir adelante con su vida.

Es decir que, la disponibilidad de los padres no ha de defraudar esa confianza. Los padres siempre han de estar disponibles respecto de sus hijos, por muy alterados que estén. Cuando un hijo desea hablar con su padre, no se les debe hacer esperar. Su tiempo vivencial es muy rápido -ahora o nunca- por lo que cualquier retraso puede ser arriesgado, pues tal vez aquello que querían comentar con su padre en ese momento deje de interesarle si se retrasa el comentario para el día siguiente. Es probable que su comentario fuese a propósito de un tema, por su irrelevancia, sin importancia pero incluso en este caso es conveniente que los padres estén disponibles, pues de lo contrario, es posible que el hijo opte por no comunicarse más con ellos en lo sucesivo. Por lo que disponibilidad, seguridad y confianza en los padres son tres buenas guías, con cuya ayuda la autoestima de los hijos puede crecer hasta su nivel más alto.

De acuerdo con la revisión teórica se puede constatar que el nivel de seguridad con referencia a la autoestima que un niño experimente en su persona está en función de recibir la información que pide en sus respuestas manifestando sus necesidades, conductualmente, es decir, que necesita recibir lo que requiere y no más allá de lo que a veces los adultos pretendemos dar considerándolo como adecuado o inadecuado.

Como algunos autores lo mencionan (Aubert y Duobovy, 1993), el problema de la ansiedad en el niño se torna más complicado, ya que para ellos es difícil expresar concretamente sus ideas o necesidades, o saber distinguir entre un estado de ánimo y otro, pues ignora el significado de dichas palabras.

Si bien es cierto que en algunos de los casos con pacientes que padecen ansiedad, a medida que él paciente va creciendo tanto física como emocionalmente, los síntomas del padecimiento o trastorno se minimizan, en otros los síntomas suelen ocultarse y manifestarse en el momento menos esperado y obstaculizar las actividades que hasta ese momento eran normales en un individuo. Es por eso que existe mucha preocupación por tratar de dar alternativas eficaces en el tratamiento de trastornos de conducta en edad temprana.

Anteriormente el tratamiento de trastornos conductuales se centraba solo en el paciente, pero como podemos ver hasta el momento, es necesario involucrar a otras entidades, y una de ellas es la familia, puesto que es el primer organismo con el que el individuo mantiene relación. Actualmente el ámbito psicológico ofrece métodos y técnicas efectivas para el tratamiento de la ansiedad en niños, prueba de ello es el entrenamiento de habilidades útiles que le permitan al menor desempeñarse lo más provechosamente en diversas áreas de su vida.

En consecuencia es importante educar a los pacientes, familiares, maestros y el resto de la población sobre la existencia, la fenomenología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, lo cual facilitará la implementación de programas preventivos y el tratamiento oportuno del trastorno por ansiedad infantil (Rodríguez, 2000).

Aludiendo a Juul (2004) quien cree que los niños deben ser responsables de sus sentidos, sus sentimientos, sus necesidades, y a medida que crecen serán responsables de sus intereses personales, de su educación, de sus creencias, de sus elecciones, y toma de decisiones en su vida diaria, considero que los adultos responsables en la formación del niño deben contribuir favorablemente en la construcción de la identidad personal del mismo, pues está en función la formación del autoconcepto y la autoestima. Además, en este proceso, el niño está comenzando a entender cosas que lo hacen único, a reconocerse a sí mismo y las características que lo hacen especial o semejante, siendo capaz de entender algunos aspectos relacionados con su género, como las características físicas, la apariencia o el comportamiento, además pueden diferenciar su comportamiento ante diferentes contextos; se compara con otros, se interesa por explorar su propia cultura y la de los otros; comienza a expresar y respeta sus propias ideas y las de los demás.

Coincido con Escobar, Espinosa y Nono (2001) quienes consideran que a medida que el niño crece las emociones también se vuelven más complejas, de acuerdo con los niveles de maduración, y al presentarse conflictos emocionales, paulatinamente los niños deben ir descifrando la forma para enfrentarse a ellos. Ya que en edad preescolar los niños logran un amplio e intenso repertorio emocional que les permite identificar en ellos mismos y en los demás diferentes estados emocionales, por ejemplo, ira, vergüenza, tristeza, felicidad o temor por mencionar algunos, desarrollando y fortaleciendo paulatinamente su capacidad

emocional, para funcionar de manera más autónoma en la integración de su pensamiento, sus reacciones y sus sentimientos.

Por lo tanto la comprensión y regulación de las emociones implica aprender a interpretarlas y expresarlas, a organizarlas y darles significado, a controlar impulsos y reacciones en el contexto de un ambiente social y particular. Se trata de un proceso que refleja el entendimiento de sí mismo y una consciencia social, en este sentido el niño transitan hacia la internalización o apropiación gradual de normas de comportamiento individual y de organización grupal.

De acuerdo con Seligman (et.al, 2005) es conveniente que no se permita a los niños evadir sus responsabilidades y promover en ellos la capacidad de pedir disculpas y sentirse responsables cuando tienen la culpa y tratar de rectificar la situación, así como alentarlos a esforzarse mejor en cada intento. Y que el sentimiento de culpabilidad, puede dañar la autoestima pero también apunta hacia una causa modificable y motiva al niño a que se esfuerce en cambiar su conducta para poder evitar el problema o superar el contratiempo.

Por lo que no debemos olvidar que las emociones, la conducta y el aprendizaje están influidos por el contexto familiar, escolar, social y cultural en los que se desenvuelve el niño y cada uno de ellos implica distintos desafíos. Sin embargo el niño aprende a relacionarse en cada contexto, desarrollando nociones sobre lo que implica ser parte de un grupo.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, D. M. (2005). *Psicopatología del niño*. 3a ed. Barcelona, España: Masson, S. A. P.p. 49- 63, 149- 1621, 467- 481.
- Altarejos, M., Martínez, M., Buxarrais, M. y Bernal, M. en Santos, R. y Turiñan, L. (2004). *Familia, Educación y Sociedad Civil*. Universidad de Santiago Compostela: Instituto de Ciencias de Educación. XXIII Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación.
- Aquilino, P. (2004). *Familia y autoestima*. 1ª ed. Barcelona, España: Ariel. P.p. 13-168.
- Aubert, J. L. y Duobovy, C. (1993). *Mamá tengo miedo: guía para madres ansiosas*. Barcelona, España: Gedisa. P.p. 40-75.
- Balbuena, R. (2005). *Psicoterapias Cognitivo Conductuales: desarrollo histórico y estado actual*. Andalucía: del lunar, colecciones universitarias. P.p. 8-55.
- Birmaher, B. y Villar, L. en Grau, M. A. y Meneguello, R. J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. P.p. 1068-1074.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos de personalidad*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
- Caballo, V. E., Aparicio, C. F. y Catena, A. en Caballo V. E., Buela- Casal, y G. Carroble, J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 1. Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. España: Siglo XXI. P.p. 85-131.
- Cava, M., Musitu, G., (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona, España: Paidós. P.p. 17-46.

- Chappa J. y Segal H. en Grau, M. y Meneguello, R. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. P.p. 958-972.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw- Hill. P.p. 367- 400.
- Craig, J. y Wolfolk, E. (1995). *Psicología y Desarrollo educativo*. México: Prentice- Hall
- Del Barrio, M. (2005). *Emociones infantiles: evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide. 17-33, 89-100.
- Echeburúa, O. E. (1998). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. España: Madrid. P.p. 27-46, 83-131.
- Escobar, P., Espinosa, H. y Nono, M. (2001). *Tratado de Pediatría*. Vol. 1. México: Manual Moderno. P.p. 282-289, 415-418.
- Gándara; M. J. y Fuertes, R. J. C. (1999). *Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento*. España: Pirámide. P.p. 45-48, 99-105.
- Haeussler, M. I. en Grau, M. A. y Meneguello, R. J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. P.p. 346- 368.
- Harris, P. L. (1992). *Las emociones*. Madrid, España: Alianza. P.p. 59- 81.
- Juul, J. (2004). *Su hijo una persona competente: hacia los nuevos valores básicos de la familia*. Barcelona, España: Herder. P. p. 77-134.
- Kendall, P. y Norton F. (1998). *Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. P.p. 557-602.
- Labrador, J., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1998). *Manual de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. P.p. 35-41.
- Lefrancois, G. R. (2000). *Acerca de los niños: una introducción al desarrollo del niño*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica. P.p. 293-342.

- Lefrancois, G. R. (2001). *Ciclo de la vida*. 6ª Ed. México: Universidad de Alberta. International Thompson Editores. P.p. 181- 213.
- Linn, S. y Garske, J. (1988). *Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos*. España: Desclee de Brower. P.p. 331- 361.
- Mam, G. Y. (1998). *Trastornos de ansiedad en niños: variables interactivas familiares y patrones de crianza como predictores de riesgo*. México: UNAM, Facultad de Psicología. P.p. 15-27.
- Moreno, G.(2002). *Terapia de la infancia: guía de intervención*. España: Pirámide. P.p. 15-33, 47-58.
- Mussen, P (1998). *Desarrollo psicológico del niño*. México: Trillas. P.p. 87-125.
- Novelo, G. (1990). *Introducción al crecimiento y desarrollo del niño*. México: UAM. Trillas. P.p. 79-99.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. O. (1998). *Psicología del desarrollo*.7ª ed. México: McGraw-Hill. P.p. 12-19.
- Parmelee, D. X. y Brace, H. (1998). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: España. P.p. 97-120.
- Ramirez, H. en Posada, D., Gómez, R. y Ramírez, G. (2005). *El niño sano*. Bogotá, Colombia: Panamericana. P.p. 19-25, 142-150.
- Rodríguez, S. J. (2000). *Psicopatología básica infantil: teoría y casos clínicos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Ross, A. (1987). *Terapia de la conducta infantil: principios, procedimientos y bases teóricas*. México: Limusa. P.p. 19-27, 43-48.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. *Psicología Conductual*. Vol. 10, (3), 2002. Universidad de Murcia: España. P.p. 503-521.

- Seligman, M., Reivich, K., Jaycox, L., Gillham, J. (2005). *Niños optimistas*. España: De Bolsillo. P. p. 63-168.
- Servera, B. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid, España: Pirámide. P.p. 145-177.
- Servera, B. M. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid, España: Pirámide. P.p. 145-177.
- Servera, M. y Tortella- Feliu, M. en Servera, B. (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid, España: Pirámide. P.p. 85-109, 145-177, 437-490.
- Sexto, J. A. en Grau, M. A. y Meneguello, R. J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. P.p. 346- 368.
- Soler, P. y Gascón, J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en psiquiatría*. Barcelona, España: Ars Medica. P.p. 1-29, 73- 88, 183- 192.
- Theron, A., Roodin, P., y Gorman B. (2003). *Psicología Evolutiva*. Madrid: Pirámide. P.p. 225-252.
- Trull, T. y Phares, E. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª ed. México: Thompson. P.p. 373- 404.
- Vallejo, P. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Vol. 1. Madrid, España: D. Kinson. P.p. 27-49.
- Vallejo, R. y Gasto, F. (1990). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. España: Salvat. P.p. 25-39, 434-440, 478-483, 600-603.
- Zaccagnini, S. (2004). *Que es inteligencia emocional: la relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. P.p. 55-90.

ANEXOS

ANEXOS

SESIÓN 1: FAMILIARIZACIÓN

Objetivo general: amenizar la convivencia entre los integrantes del taller y dar a conocer la finalidad de este

Duración: 80 minutos

ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
Presentación	20 minutos	Dar a conocer el contenido y procedimiento del taller	Sillas y carteles	Recabar información acerca del trabajo con padres y la funcionalidad de un taller. Dar a conocer los objetivos y procedimiento del taller.
Tejiendo la telaraña	20 minutos	Familiarizarse con los integrantes del taller de manera dinámica	Sillas y una madeja de estambre	Sentados, pedirles que tomen un extremo de estambre y lancen el estambre mientras se presentan ante el grupo.
Dibujos	20 minutos	Que los padres comiencen a interactuar con sus hijos	Sillas, mesas, hojas y crayones	Pedir a los niños se sienten frente a sus padres, mientras estos realizan un dibujo de cómo es que perciben a sus hijos.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.

SESIÓN 2: LA INFANCIA

Objetivo general: recabar y dar información acerca de la importancia del desarrollo infantil.

Duración: 80 minutos

ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
Presentación	20 minutos	Dar a conocer la importancia del desarrollo durante la infancia	Sillas y carteles os	Recabar información acerca de la infancia y dar a conocer los principios del desarrollo infantil.
correr	20 minutos	Que los padres asimilen la importancia de la infancia y sus etapas.	Cobijita	Pedir a los padres envuelvan a sus hijos con la cobija y los carguen, mientras les platican recordando como lo hacían cuando eran bebes, después gatear padres e hijos. Posteriormente pedir a los padres carguen a sus hijos sobre sus pies y comiencen a caminar los llevarlos a un extremo de la sala y pedirles los alcancen corriendo hacia el otro extremo de la sala.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.

SESIÓN 3: LA ANSIEDAD

Objetivo general: recabar y dar información sobre los efectos de la ansiedad en los niños así como brindar estrategias para afrontar la ansiedad generada en el preescolar.

Duración: 100 minutos

ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
Presentación	20 minutos	Dar a conocer información sobre la ansiedad en los niños	Sillas y carteles	Recabar y dar información acerca de la ansiedad infantil.
Dibujando mi estado de ánimo	20 minutos	Que el niño pueda expresar y conocer y transmitir con mayor facilidad su estado de ánimo	Sillas, mesas, crayones y hojas blancas	Individualmente en una hoja blanca realizar un dibujo con colores, acerca de cuál es el estado de ánimo que están experimentando en la sesión.
Imponiendo las reglas	20 minutos	Que el niño logre establecer y respetar límites y decisiones ante una situación con sus padres y después pueda aplicarlo con sus compañeros de clase.	Juguetes y colchoneta	Pedirle a los niños que elijan una actividad a realizar con los juguetes o materiales de su agrado (requeridos una sesión antes), en la que tendrán que establecer las reglas e imponer castigos si se desacatan.
Tiempo en el suelo	20 minutos	Fortalecer la interacción padre- hijo, la iniciativa y la asertividad.	Cobijita	En una cobija sobre el suelo, acostados o sentados platicar sobre algo importante para el niño o simplemente pueden descansar sobre el suelo según sea su elección.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.

SESIÓN 4: LA SEGURIDAD

Objetivo general: proporcionar elementos necesarios para que los niños puedan ser capaces de establecer relaciones cercanas individual o grupalmente, por medio de la interacción con sus padres.

Duración: 80 minutos

ACTIVIDAD	DURACIÓN	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
Presentación	20 minutos	Dar a conocer el propósito y la importancia que retoma una conducta de seguridad ante una situación donde se experimente ansiedad.	Sillas y carteles	Recabar y dar información acerca de lo que es la seguridad y como puede ayudar a los niños a manejar situaciones difíciles.
Lluvia de ideas	20 minutos	Reforzar la comunicación e interacción existente entre padres e hijos a nivel grupal.	Marcadores y pintarrón	Pedir que trabajen por parejas, el grupo tendrá que elegir un tema, pues cada pareja lanzará una idea para tratar de construir una historia.
Escondidillas	20 minutos	Optimizar el grado de involucramiento de los padres en las actividades de los niños y fortalecer en estos la confianza en su cuerpo y sus sentidos.	Ninguno	Realizar el juego clásico de las escondidillas, pedirle los participantes se organicen en pequeños grupos.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.

SESIÓN 5: EL JUEGO

Objetivo general: exponer al juego como proceso educativo a través del desarrollo del niño y destacar la importancia de establecer conexiones entre el comportamiento y los pensamientos del mismo.

Duración: 90 minutos

ACTIVIDAD	DUACIÓN	OBJETIVO	NATERIAL	PROCEDIMIENTO
Presentación	20 minutos	Dar a conocerla importancia del juego en el proceso educativo del niño	Sillas y carteles	Recabar y dar información acerca del juego y su funcionalidad.
Colage: mis sentimientos	20 minutos	Conocer las expresiones faciales para determinadas sensaciones (alegría, tristeza, enojo, malestar, sorpresa, entre otras.)	Revistas, pegamento, cartulinas, tijeras	Por parejas padre- hijo se armara la cartulina con recortes de su preferencia y después se comenta.
Juego con mis amigos	30 minutos	Que los niños adquieran iniciativa y seguridad para invitar o ser invitados a formar parte de un juego	Juguetes y colchoneta	Los niños tendrán libertad para elegir a sus compañeros y que juego van a realizar.
Comentarios	20 minutos	Conocer las impresiones acerca del tema	Ninguno	Escuchar y retroalimentar los comentarios de los participantes.